

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Novembre 1907, à 1 heure

PAR

Pierre PÉROL

Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

LA CÉPHALÉE

DANS

LES TUMEURS DE L'ENCÉPHALE

Président : M. GILBERT BALLET, professeur

Juges { MM. RAYMOND, professeur
 { CLAUDE, agrégé
 { BALTHAZARD, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*

~~~~~

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

—  
1907

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| <b>Doyen</b> .....                                                 |   | <b>M. DEBOVE</b> |
|--------------------------------------------------------------------|---|------------------|
| <b>Professeurs</b> .....                                           |   | MM.              |
| Anatomie.....                                                      |   | NICOLAS          |
| Physiologie.....                                                   |   | CH. RICHET       |
| Physique médicale.....                                             |   | GARIEL           |
| Chimie organique et Chimie générale.....                           |   | GAUTIER          |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale.....                  |   | BLANCHARD        |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         |   | BOUCHARD         |
| Pathologie médicale.....                                           | } | DEJERINE         |
|                                                                    |   | BRISSAUD         |
| Pathologie chirurgicale.....                                       |   | LANNELONGUE      |
| Anatomie pathologique.....                                         |   | CORNIL           |
| Histologie.....                                                    |   | PRENANT          |
| Opérations et appareils.....                                       |   | QUENU            |
| Pharmacologie et matière médicale.....                             |   | POUCHET          |
| Thérapeutique.....                                                 |   | GILBERT          |
| Hygiène.....                                                       |   | CHANTEMESSE      |
| Médecine légale.....                                               |   | THOINOT          |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    |   | GILBERT BALLET   |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                          |   | ROGER            |
| Clinique médicale.....                                             | } | HAYEM            |
|                                                                    |   | DIEULAFOY        |
|                                                                    |   | DEBOVE           |
|                                                                    |   | LANDOUZY         |
|                                                                    |   | HUTINEL          |
| Maladies des enfants.....                                          |   | JOFFROY          |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... |   | GAUCHER          |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               |   | RAYMOND          |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                      |   | LE DENTU         |
| Clinique chirurgicale.....                                         | } | BERGER           |
|                                                                    |   | RECLUS           |
|                                                                    |   | SEGOND           |
| Clinique ophtalmologique.....                                      |   | DE LAFERSONNE    |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     |   | ALBARRAN         |
| Clinique d'accouchements.....                                      | } | PINARD           |
|                                                                    |   | BAR              |
| Clinique gynécologique.....                                        |   | POZZI            |
| Clinique chirurgicale infantile.....                               |   | KIRMISSON        |
| Clinique thérapeutique.....                                        |   | ALBERT ROBIN     |

## Agrévés en exeroice.

MM.

|                 |                |           |                   |
|-----------------|----------------|-----------|-------------------|
| AUVRAY          | CUNEO          | LANGLOIS  | NICLOUX           |
| BALTHAZARD      | DEMELIN        | LAUNOIS   | NOBECOURT         |
| BRANCA          | DESGREZ        | LECENE    | OMBREDANNE        |
| BEZANÇON (FER.) | DUPRÉ          | LEGREY    | POTOCKI           |
| BRINDEAU        | DUVAL (PIERRE) | LENORMANT | PROUST            |
| BROCA           | GOSSET         | LÉPER     | RENON             |
| BRUMPT          | GOUGET         | MACAIGNE  | RICHAUD           |
| CARNOT          | JEANNIN        | MAILLARD  | RIEFFEL, chef     |
| CASTAIGNE       | JEANSELME      | MARION    | des travaux anat. |
| CLAUDE          | JOUSSET        | MORESTIN  | SICARD            |
| COUVELAIRE      | LABBE (MARCEL) | MULON     | ZIMMERN           |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON  
EXCELLENT MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GILBERT BALLET

Professeur d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie  
à la Faculté de Médecine  
Médecin de l'Hôtel-Dieu

A MON EXCELLENT MAITRE

LE DOCTEUR J. BABINSKI

Médecin de l'Hôpital de la Pitié

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS MES AMIS

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR PIERRE MERKLEN

(Stage, 1901)

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR DANLOS

(Externat, 1902)

M. LE PROFESSEUR LANNELONGUE

M. LE DOCTEUR VILLEMIN

(Externat, 1903)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PEYROT

M. LE DOCTEUR SOULIGOUX

(Externat, 1903-1904)

M. LE PROFESSEUR LANDOUZY

(Externat, 1904-1905)

M. LE PROFESSEUR GILBERT BALLET

(Externat, 1905-1906)

M. LE DOCTEUR BABINSKI

(Internat provisoire, 1906-1907)

M. LE DOCTEUR BELIN

(Internat provisoire, 1907)

M. LE DOCTEUR COUDERT

(Stage obstétrical, 1907)

MM. LES DOCTEURS COMBY, LORTAT-JACOB,  
LAIGNEL-LAVASTINE, LOEPER, CHIFOLIAU,  
PATER, CAPETTE



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

LA

## Céphalée dans les Tumeurs de l'Encéphale

---

### INTRODUCTION

Les symptômes des tumeurs de l'encéphale sont de deux ordres : les uns sont communs à toutes les néoplasies de l'encéphale, ils sont dits symptômes constants (BRISSAUD), ou symptômes de compression générale ; ne voulant pas préjuger de leur pathogénie, DURET les groupe en un syndrome des tumeurs encéphaliques.

Les autres symptômes relèvent de l'irritation ou de la destruction localisée d'un territoire cérébral ; ils sont dits symptômes inconstants ou symptômes de localisation : leur apparition sert à préciser le siège ou la nature du mal, mais ils ne sont ni indispensables ni suffisants à eux seuls pour permettre d'affirmer la présence d'un néoplasme.

Le syndrome des tumeurs encéphaliques est constitué principalement par la céphalée, les vomissements,

les convulsions, les vertiges, l'affaiblissement ou la torpeur intellectuelle, les lésions papillaires et certains troubles de la respiration et du poulx. Ces symptômes ne se rencontrent d'ailleurs pas de façon régulière et tandis que les uns sont fréquents et par leur association affirment le diagnostic, les autres sont rares et leur valeur séméiologique moins importante.

De ces symptômes, *le plus constant et le plus fidèle* est la céphalée et trop souvent son absence fait écarter l'hypothèse d'un néoplasme intracranien. Il faut pourtant savoir que, malgré son importance et le rang qu'elle occupe parmi les symptômes les plus caractéristiques, elle peut faire totalement défaut, soit qu'il existe des symptômes parfaitement caractérisés de tumeur, soit que les lésions soient pour ainsi dire latentes.

Nous avons eu l'occasion, pendant notre séjour dans le service de M. le Dr BABINSKI à la Pitié, d'observer quelques malades porteurs de tumeur cérébrale chez qui la céphalée était absente. Nous avons recueilli dans la littérature un certain nombre de cas analogues : tantôt l'absence de tout élément du syndrome avait fait attribuer à d'autres affections les symptômes observés ; d'autres fois au contraire un diagnostic exact avait pu être porté, vérifié par l'opération ou l'autopsie.

Nous voudrions ici attirer l'attention sur la fréquence relative de ces tumeurs sans céphalée et montrer quels caractères pourront alors servir à porter le diagnostic.

## CHAPITRE PREMIER

### Etude clinique de la céphalée

---

La céphalée des tumeurs encéphaliques se signale par deux traits caractéristiques : elle est intense et tenace. Tantôt elle est continue, tantôt elle revient par accès à types rémittent ou intermittent, ou par accès irréguliers quelquefois paroxystiques.

Souvent elle est extrêmement aiguë, intolérable, arrachant au malade des plaintes, des gémissements. C'est une sensation d'enserrement dans des tenailles ou d'éclatement des os du crâne, parfois de traits de feu qui semblent traverser le crâne du malade. Elle peut être influencée par les repas, par la toux, la défécation, les vomissements. Nous l'avons vue modifiée par un changement de position : certains malades ne peuvent quitter leur lit, sous peine de voir leur céphalée augmenter ; le malade de l'observation XLV, voyait sa céphalée exagérée par le décubitus horizontal, diminuée par la station debout. M. BABINSKI a rapporté (1) l'ob-

---

1. BABINSKI. Société de neurologie de Paris. 7 février 1901.

servation d'une malade qui souffrait de maux de tête extrêmement violents sans interruption, sauf pendant les trois ou quatre jours consécutifs à chaque période menstruelle pendant lesquels ils disparaissent complètement.

Tantôt profonde, gravative, diffuse comme dans l'urémie, elle peut être localisée : la douleur a un point de départ profond qui est toujours le même et d'où partent les irradiations : ces irradiations, ordinairement endocraniennes, peuvent s'étendre à la face sous forme de névralgies. Parfois encore la douleur survenant par accès accompagnés de vomissements affecte la forme d'une migraine.

Les accès douloureux paroxystiques apparaissent ordinairement après une période pendant laquelle on a constaté une céphalée légère, passagère. Ces accès s'accompagnent de vomissements faciles, sans nausées, à type de vomissements bulbaires, ayant une pathogénie identique à celle de la céphalée. Ils se répètent tant que dure la céphalée, ils cessent avec elle. Ils s'accompagnent souvent de fatigue, de prostration, plus rarement d'un état voisin de la stupeur.

Si l'on examine le pouls pendant l'accès de céphalalgie on reconnaît, en l'absence de toute élévation thermique, des manifestations à peu près constantes : tantôt il est petit et accéléré, atteignant jusqu'à 120 et plus ; tantôt au contraire il y a un ralentissement plus ou moins marqué des battements du cœur.

Ces accès peuvent encore s'accompagner de crises épileptiques ou épileptiformes ; la fièvre est beaucoup

plus rarement notée : KLIPPEL pense qu'elle serait plus fréquemment signalée si elle était recherchée systématiquement pendant les accès.

Une fois l'accès terminé, l'état de santé redevient satisfaisant en apparence. Ces crises se renouvellent de façon extrêmement variable. Chez une malade observée par BALL à l'Hôtel-Dieu, la douleur offrait un type régulièrement quarte ; les accès revenaient tous les trois jours laissant entre eux un intervalle de deux jours pleins pendant lesquels cette malheureuse femme jouissait d'un calme relatif. Ils peuvent se rapprocher jusqu'à devenir quotidiens et même se renouveler plusieurs fois dans les vingt-quatre heures.

La douleur peut être localisée et dans ce cas elle a la valeur d'un signe de localisation, si la pression et la percussion réveillent une vive douleur (BERGMANN ET OPPENHEIM). Elle est assez constamment occipitale dans les tumeurs du lobe occipital et du cervelet, elle est frontale ou occipitale dans les tumeurs du lobe frontal ; mais si dans quelques cas, cette localisation a été assez nette et assez précise pour conduire le chirurgien à trépaner *loco dolenti*, plus souvent elle est insuffisante et d'autres symptômes de localisation (épilepsie bravais-jacksonnienne, paralysies, etc.) seront indispensables pour confirmer le diagnostic topographique.

**Evolution.** — La céphalée est souvent le premier symptôme initiateur d'une tumeur cérébrale ; d'abord elle est légère, passagère, s'accompagnant de vertiges, puis elle augmente d'intensité et on voit survenir les accès paroxystiques tels que nous les avons décrits.

« Alors absorbé dans la douleur qu'il endure, se tenant la tête dans les mains, immobile, indifférent à tout, le malade ne parle plus, ne répond plus, ne quitte plus son lit ou son fauteuil, ne pense plus à se nourrir, se laisse aller sous lui » (BRISAUD). Cet état aboutit bientôt au marasme et au coma terminal. Pour BALL et KRISHABER la cessation soudaine et complète de la céphalée serait dans beaucoup de cas un signe avant-coureur de la mort.

Mais on observe dans un certain nombre de cas des rémissions de la céphalée vraiment surprenantes, pouvant durer des mois et même des années, et s'il n'existe pas d'autres symptômes caractéristiques, on peut être porté à attribuer à l'hystérie ou à la neurasthénie des crises douloureuses dont l'évolution paraît si favorable.

D'autres fois, c'est brusquement que la céphalée s'installe ; les accès paroxystiques s'établissent d'emblée avec tout le syndrome des tumeurs et il semble qu'alors l'évolution du néoplasme soit restée pendant longtemps silencieuse.

Dans un cas rapporté par FRATINI et RONDANI (obs. I), c'est à la suite d'un ictus apoplectique, surprenant la malade en pleine santé, qu'apparurent une céphalée fronto-pariétale et une hémiplégie. La céphalée diffuse et les autres éléments du syndrome n'apparurent que tardivement.

La céphalée peut apparaître tardivement, longtemps après le début de l'évolution d'une tumeur qui ne s'est manifestée que par quelques symptômes de localisation. Elle se montre cinq mois après l'apparition d'une héli-

plégie et de troubles psychiques attribués à une artérite cérébrale (obs. II), sept mois après des troubles intellectuels accompagnés d'hémi-parésie (obs. III et IV), un an après des troubles nerveux généraux (obs. V), trente-six mois après le début de crises jacksonniennes revues mensuellement (obs. VI). La céphalée apparut encore tardivement dans les observations VII et VIII. Notons dès maintenant que dans un de ces cas le diagnostic d'hystérie fut porté pendant un certain temps.

Dans une observation rapportée par KNAPP (obs. VIII) le diagnostic de tumeur cérébrale avait été porté en raison d'une hémi-parésie progressive accompagnée de convulsions jacksonniennes, bien que le fond de l'œil ait été normal et qu'on n'eût constaté que des maux de tête occasionnels. Une large trépanation fut pratiquée et un mois après la céphalée apparut et devint de plus en plus intense jusqu'à la mort qui survint dans le coma dix-huit mois après l'intervention.



## CHAPITRE II

### **Les tumeurs sans céphalée.**

---

Nous avons dit précédemment que si la céphalée est le symptôme le plus commun et le plus fidèle des tumeurs encéphaliques, elle est loin de se rencontrer dans tous les cas. Ces faits sont d'ailleurs connus et nombreuses sont les observations de tumeurs latentes, pures trouvailles d'autopsie. BALL et KRISHABER n'ont rencontré la céphalée que dans 114 observations sur 185 qu'ils ont collationnées ; en examinant la relation de 614 cas publiés, KNAPP la trouve seulement 401 fois ; sur 33 cas personnels contrôlés par opération ou autopsie Archibald CHURCH rencontre 20 fois une céphalée intense. Au contraire KRAUSS la voit toujours exister dans 16 cas personnels.

Mais nous pouvons dès maintenant classer les faits en deux catégories : tantôt le syndrome des tumeurs est représenté, en l'absence de la céphalée, par les vomissements, les vertiges et surtout par l'œdème papillaire ; tantôt le syndrome est complètement absent du tableau

clinique : il existe soit des symptômes de localisation, soit des symptômes psychiques. Dans ces divers cas c'est une étude attentive du malade qui permettra le diagnostic.

### A) Syndrome partiel

Le symptôme le plus commun après la céphalée est l'œdème papillaire (*staungspapille* des Allemands, *choked disk* des Anglais), avec ses caractères bien connus de rétrécissement des artères, dilatation et tortuosité des veines et saillie de la papille qui prend une teinte grisâtre. KRAUSS l'a rencontré onze fois sur douze. WILDER dans 75 o/o des cas. OPPENHEIM a toujours établi un diagnostic exact quand les lésions papillaires existaient (86 o/o des cas); dans les trois ou quatre cas où le diagnostic n'a pas été établi, elles n'existaient pas. La valeur de l'œdème papillaire est donc considérable « l'absence de lésions papillaires ne permet pas d'éliminer le diagnostic de tumeur cérébrale : leur présence permet de l'affirmer » (BRAULT et LOEPER). Dans tous les cas où, malgré l'absence de céphalée, l'hypothèse d'un néoplasme intracranien pourra être soulevée, on devra donc pratiquer l'examen ophtalmoscopique. Faute de quoi, le diagnostic pourrait rester longtemps en suspens.

Nous voyons dans l'observation XI, l'histoire d'une femme présentant des accès de rire, du blépharospasme, de la démence progressive qui est considérée comme hystérique. L'examen du fond de l'œil pratiqué tardive-

ment montre la pupille étranglée pathognomonique, seul élément du syndrome.

Cet examen peut rester d'ailleurs longtemps négatif : c'est vingt mois environ après le début de l'affection par des troubles de la parole suivis d'une hémiparésie et malgré des examens successifs que l'on voit apparaître la névrite œdémateuse dans l'observation XI ; une jeune fille observée par DEMANGE et SPILLMANN eut en octobre 1896, des crises convulsives suivies d'une hémiplégie, elle n'eut jamais de céphalée, ni de vomissements ; en mars 1898, c'est-à-dire dix-sept mois après, apparut la neuro-rétinite ; l'autopsie montra un tubercule du volume d'une noisette dans la couche optique (observat. XII). De même apparition de la dilatation des veines rétinienne quatorze mois après le début des crises jaksonniennes (observat. XIII) ; apparition tardive dans les observations XIV, XV et XVI. Dans quelques-uns de ces cas, le diagnostic exact avait pu être porté longtemps avant l'apparition de l'œdème papillaire en se fondant sur les caractères de l'hémiplégie. Nous y reviendrons dans un instant.

La céphalée est souvent absente dans les néoplasmes qui déterminent des troubles psychiques. Ceux-ci peuvent être le symptôme dominant et conduire le malade dans un service d'aliénés ; il en est de même d'ailleurs pour les tumeurs qui s'accompagnent d'épilepsie en apparence essentielle. Le syndrome des tumeurs peut être complètement absent et nous retrouverons ces cas au paragraphe suivant ; assez souvent les troubles psychiques sont des phénomènes prodromiques et on voit

apparaître tardivement des symptômes de compression, en particulier la névrite optique. Chez notre malade de l'observation XVII, on ne constata pendant cinq mois que des troubles mentaux : affaiblissement intellectuel, troubles de la mémoire qui avaient fait penser au médecin traitant à un ramollissement cérébral. Ces phénomènes disparurent, peut-être à la suite d'une ponction lombaire. Mais quand ils se montrèrent à nouveau, on put constater un œdème très accusé des papilles. THOMA (d'Illenau), qui dirige un service d'aliénés, a vu de même plusieurs malades amenés pour des troubles mentaux chez qui tardivement se montrèrent des vertiges, des vomissements, de l'amaurose (obs. XVIII et XIX). VÖGELIN a rapporté également l'histoire d'une malade atteinte de délire mystique avec affaiblissement intellectuel et dépression mélancolique. Huit ans après le début de son affection et quelques mois seulement avant sa mort, apparurent des vertiges et des attaques syncopales (obs. XX).

### **B) Syndrome absent**

Dans un deuxième ordre de faits, non seulement la céphalée est absente, mais il n'existe aucun autre élément du syndrome des tumeurs. Parfois ces tumeurs constituent des trouvailles d'autopsie, elles ont été absolument latentes ; le plus souvent elles se manifestent par une symptomatologie incomplète dont les éléments principaux sont les paralysies et les troubles psychiques.

Nous avons réuni vingt-quatre observations inédites ou recueillies dans la littérature, dans lesquelles le syndrome était absent, mais la valeur de ces observations est inégale : dans sept cas, en effet, où la tumeur fut une découverte d'autopsie, l'examen ophtalmoscopique n'avait pas été fait ou n'est pas signalé.

Les *paralysies* sont des manifestations très fréquentes des tumeurs encéphaliques. BALL et KRISHABER ont rencontré des troubles paralytiques 109 fois sur 274 cas et ils estiment que cette fréquence serait plus grande encore si des complications ne venaient entraver leur évolution.

L'extension de la paralysie est très variable, atteignant tantôt un membre ou un segment de membre, tantôt des nerfs crâniens seulement, le plus souvent revêtant le type hémiplégique.

Ces paralysies ont d'ordinaire un rapport exact avec le territoire cérébral intéressé par la tumeur, c'est-à-dire que l'hémiplégie est du côté opposé à la tumeur, dans quelques rares cas elle est homolatérale et peut être expliquée par la compression de l'hémisphère sain.

Son évolution est également variable. Tantôt elle apparaît brusquement avec ou sans ictus apoplectique. Elle est d'emblée partielle ou totale, mais nullement progressive. Elle peut être rapidement mortelle ou, au contraire, passagère et brusque dans sa disparition.

Le malade de l'observation I fut hémiparésique après un ictus : les phénomènes moteurs s'améliorèrent considérablement. Ce n'est que tardivement, quand appa-

rurent les phénomènes de compression, qu'on vit se développer une hémiplegie complète.

Ce début apoplectiforme est d'ailleurs rare et beaucoup plus souvent l'ictus fait suite aux phénomènes généraux de compression, ne survenant qu'à une période avancée de la maladie et précédant le coma et la mort. Il est dû à une hémorragie ou à une thrombose des tissus sous-jacents à la tumeur ou à une abondante hémorragie intranéoplasique.

Plus souvent, la paralysie est sourde et insidieuse dans son apparition. Elle s'installe parfois après des troubles paresthésiques. Un malade ressent tout à coup une sensation désagréable dans le bras droit, comme si une souris lui grimpait le long du bras (obs. XXXIII); une autre sent un gros rat lui passer de la commissure labiale au zygoma (obs. XXXVI); d'autres fois ce sont des crampes, des spasmes avec fourmillements suivis de parésie. Ces symptômes peuvent se présenter sous forme de crises douloureuses. « Le début de la crise était marqué par un fourmillement dans le bras et la jambe gauches; ce fourmillement allait en augmentant et il se produisait ensuite un tremblement débutant dans le pied, s'étendant à la jambe, au bras, au cou et au côté gauches de la face. La paupière supérieure se contractait violemment. Au tremblement succédait dans ces mêmes parties la contracture qui durait quelques minutes » (obs. XXVII). A ces crises font suite des troubles paralytiques qui vont en augmentant pour aboutir à l'hémiplegie véritable.

D'autres fois encore l'apparition des troubles paraly-

tiques est précédée de convulsions à type Jacksonnien dans les muscles qui seront paralysés; ces convulsions peuvent affecter les caractères de l'épilepsie essentielle.

L'hémiplégie est donc ordinairement lente dans son évolution et progressivement envahissante : d'abord simple parésie, puis monoplégie, enfin hémiplégie totale : il semble que la marche clinique soit calquée sur l'évolution anatomique du néoplasme.

Mais la substance cérébrale peut réagir différemment vis-à-vis de la tumeur : tantôt il y a simple compression et irritation des centres corticaux moteurs : cliniquement nous constatons des spasmes, des convulsions, une paralysie ; tantôt, d'emblée ou après une phase d'irritation, il y a destruction des tissus sous-jacents à la tumeur : l'hémiplégie qui en résulte ne diffère en rien des hémiplégies dues aux ramollissements cérébraux, par exemple.

On sait qu'une lésion destructive du faisceau pyramidal a pour conséquence habituelle une modification immédiate des réflexes cutanés et pour conséquence à à peu près inévitable, au bout de quelques semaines, une exagération des réflexes tendineux.

Lorsque la tumeur agit sur la substance cérébrale par compression, deux cas se présentent. ou bien l'hémiplégie a le type classique des hémiplégies organiques, ou bien, malgré une contracture intense des membres hémiplégiés, on ne constate aucune perturbation des réflexes.

C'est là un caractère qui, on le sait, appartient aux paralysies hystériques, et, à vrai dire, la ressemblance

entre ces deux variétés est telle que BABINSKI propose de désigner cette paralysie organique sans altération des réflexes sous le nom de *paralysie organique pseudo-hystérique*. Elle est assez fréquente : nous en notons huit cas parmi les observations ci-jointes.

D'ailleurs ici encore, l'anatomie pathologique est en rapport avec les faits cliniques dans les cas assez rares où un examen systématique de la moelle a été pratiqué. Le faisceau pyramidal est dégénéré quand l'examen clinique a montré l'hémiplégie avec exagération des réflexes, signe de BABINSKI (obs. XII et XXII) (1) : il est au contraire intact dans les observations XXIII et XXVIII (hémiplégie des membres : contracture avec absence de clonus du pied. Pas de signe de BABINSKI.)

Les *troubles psychiques* que l'on peut observer dans les tumeurs cérébrales sont de deux ordres et il semble qu'on puisse les rattacher à une pathogénie distincte : le plus fréquemment, on observe la torpeur, l'abrutissement progressif qui est consécutif à la céphalée et sous sa dépendance. Nous n'avons pas à y insister ici.

D'autres fois les troubles psychiques sont précoces et de caractères très variés. On voit se produire un affaiblissement intellectuel réel : la mémoire s'en va, l'attention diminue, les associations d'idées sont lentes et restreintes et les conceptions prennent un caractère puéril. « C'est, dit BRISSAUD, un simple retour à l'enfance, moins la vivacité des impressions et la curiosité de

1. Cf. SOUQUES. Tumeur cérébrale de la région des circonvolutions pariétales supérieures. Hémiplégie double par compression des faisceaux pyramidaux. Soc. de neurologie, 6 décembre 1906.

l'enfant. » La volonté est souvent affaiblie, les sentiments affectifs disparaissent presque complètement.

Il peut se produire un véritable délire avec hallucination (obs. XXXVII), ayant beaucoup d'analogies avec les délires toxiques, cette ressemblance servant d'argument à la théorie pathogénique de l'auto-intoxication (voir Pathogénie).

Parfois encore c'est l'agitation qui domine, soit agitation motrice, le malade se déplace sans cesse, défait et refait son lit ; soit agitation intellectuelle : il parle et chante avec volubilité, il tient des raisonnements à perte de vue, il fait des plaisanteries, des jeux de mots dont il est heureux.

Ces troubles délirants peuvent se systématiser chez les prédisposés par leur hérédité : on conçoit toutes les erreurs de diagnostic auxquelles est exposé le médecin quand il n'y a pas d'autres symptômes éveillant l'idée d'une tumeur cérébrale.

Les troubles mentaux sont parfois simulés par les aphasies diverses dues aux altérations des centres corticaux : ils en sont en réalité bien différents.

D'après quelques auteurs, les troubles psychiques auraient des caractères spéciaux suivant le siège de la tumeur. LEVASSORT, après une étude des diverses opinions et des faits en présence, conclut que « le siège exact d'une tumeur ne tire aucune indication de la forme clinique des symptômes psychiques qui accompagnent son évolution ».

Les *attaques convulsives* peuvent constituer le seul symptôme des tumeurs encéphaliques soit sous forme

d'épilepsie partielle, soit d'épilepsie généralisée simulant l'épilepsie franche. Le diagnostic est souvent fait seulement après l'autopsie, l'examen des épileptiques n'étant en général pratiqué que d'une façon sommaire. On trouve dans les *Bulletins de la Société anatomique* un assez grand nombre d'observations de ce genre, ainsi que des observations de *tumeurs latentes*, que nous n'avons pas jugé à propos de rapporter ici, le problème du diagnostic n'ayant pas eu à être posé. Mais avec les progrès de la neuropathologie et l'emploi méthodique de procédés d'investigation utiles, le nombre de ces cas tendra à diminuer.

## CHAPITRE III

### Pathogénie

---

La céphalée a été pendant longtemps rapportée, ainsi que les autres éléments du syndrome des tumeurs, à une cause unique, la compression cérébrale, soit compression directe de l'encéphale par la tumeur, soit compression généralisée par suite du développement d'un néoplasme dans une cavité inextensible.

Dans ces dernières années, on a, à juste titre, attribué une part importante dans cette pathogénie à l'auto-intoxication par les sécrétions néoplasiques, à l'œdème cérébral et à l'irritation. Nous allons passer en revue, successivement, ces divers facteurs en insistant sur leur rôle dans la production de la céphalée.

1.° *La compression cérébrale.* — La tumeur agit-elle directement sur la substance cérébrale pour provoquer la céphalée ? Cette pathogénie semble peu probable, malgré l'existence de *nervi nervorum* et de nerfs vasculaires. Dans le cas où le cerveau fait hernie à l'extérieur, on peut l'irriter sans provoquer de douleur ; de même, en expérimentant chez les animaux, on

peut dilacérer, extirper les régions corticales sans qu'ils accusent de réelle douleur tant qu'on n'approche pas de la base et des corps restiformes.

La tumeur agit beaucoup plutôt par compression générale, en produisant une hypertension du liquide céphalo-rachidien. « Le crâne étant inextensible, l'espace nécessaire aux tumeurs cérébrales est fourni d'abord par l'issue du liquide céphalo rachidien dans les veines efférentes et vers la cavité rachidienne : mais cette déplétion de la cavité crânienne n'est possible qu'à un certain degré ; quand celui-ci est atteint, le liquide reste immobile, subit une pression de plus en plus forte et cette compression se transmet au cerveau qu'il entoure de toutes parts ; son influence se fait sentir partout ; elle agit surtout sur les capillaires et cause une anémie de l'écorce, fait cesser les pulsations cérébrales, et alors surviennent des troubles de l'intelligence et des douleurs de tête générales. » (BRUNS)

Ce mode pathogénique peut être admis pour un grand nombre de cas ; les études expérimentales de DURET, l'hypertension parfois extrême du liquide céphalo-rachidien qui sort en jet quand on pratique une ponction lombaire, et les modifications que subit la céphalée sous l'influence de cette ponction ou d'une trépanation décompressive, sont des arguments de grande valeur en faveur de cette théorie. Une curieuse observation de M. BABINSKI en est une autre preuve clinique : une malade atteinte de tumeur cérébrale voyait se produire par la narine gauche un écoulement intermittent de liquide céphalo-rachidien. La céphalée s'accroissait quand l'écou-

lement n'avait pas lieu ; elle s'atténuait et même disparaissait complètement lorsque l'écoulement s'établissait de nouveau.

Mais cette théorie est insuffisante à expliquer tous les cas : des petites tumeurs, incapables de produire la distension, peuvent s'accompagner d'une céphalée intense ; des tumeurs volumineuses qui, par l'espace qu'elles occupent, devraient exercer une compression très prononcée, restent silencieuses. De même, la ponction lombaire, qui produit parfois une amélioration si considérable de la céphalée, peut avoir un résultat défavorable, la soustraction goutte à goutte de quelques centimètres cubes de liquide ne faisant qu'augmenter les douleurs ; de là la nécessité de faire intervenir d'autres facteurs pathogéniques.

2° *La toxi-infection.* — Le néoplasme cérébral élimine des produits toxiques qui, par les circulations veineuse et lymphatique, vont imprégner la substance cérébrale et y produire des altérations de cellules pyramidales de la substance grise des circonvolutions. D'après DUPRÉ et DEVAUX, ces altérations consistent en gonflement, forme globulaire, chromatolyse, migration du noyau, etc., c'est-à-dire en lésions de dégénérescence analogues à celles rencontrées dans toutes les toxi-infections des centres nerveux, bien différentes de celles de la compression cérébrale, caractérisées, d'après NEUMAYER par un ratatinement, puis une atrophie des corps cellulaires. Cliniquement, des symptômes analogues sont observés dans les tumeurs et les toxi-infections : la céphalée des tumeurs peut être comparée à la cépha-

lée de l'urémie, de l'encéphalopathie saturnine. On doit donc donner à l'intoxication une place importante dans la pathogénie de la céphalée à côté des autres facteurs. KLIPPEL va plus loin, et pour lui la céphalée diffuse reconnaîtrait pour cause unique l'auto-intoxication.

3° *L'œdème cérébral et l'irritation.* — L'œdème cérébral est fréquent dans les néoplasmes intra-craniens ; il se caractérise par la réplétion des laes arachnoïdiens et des sillons, et l'hydrocéphalie interne avec dilatation des cavités ventriculaires, mais ses corrélations avec le syndrome sont inconnues.

L'irritation a un rôle prépondérant dans la pathogénie des convulsions. Localement, la tumeur produit par irritation de voisinage une congestion hyperémique des tissus environnants qui contribue à favoriser l'œdème, aggrave les symptômes et augmente l'hyperexcitabilité cérébrale : BETCHEREW a en effet montré que, sous l'influence de l'hyperémie et de l'inflammation, la substance grise pouvait être rendue sensible aux excitations mécaniques.

*En résumé,* le syndrome des tumeurs encéphaliques est sous la dépendance de l'hypertension intra-cranienne, de la toxi-infection, de l'œdème et de l'irritation, mais si tous ces phénomènes existent à des degrés variables, l'hypertension est le phénomène le plus constant qui domine les autres.

### Les tumeurs sans céphalée

On attribue fréquemment l'absence de céphalée dans la symptomatologie des tumeurs cérébrales à leur siège, à leur nature ou à leur petit volume. L'étude de trente-trois observations de tumeurs sans céphalée va nous permettre de voir ce qu'il faut penser de cette opinion.

a) *Siège*. — Le siège des tumeurs était le suivant :

|                                                          |          |
|----------------------------------------------------------|----------|
| Circonvolutions fronto-pariétales.....                   | 9        |
| —                  internes.....                         | 1        |
| Centre ovale, tumeurs sous-corticales... ..              | 6        |
| Tumeurs dure-mériennes. Région psycho-motrice... ..      | 6        |
| —                                  Région temporale..... | 1        |
| —                                  Base du crâne.....    | 3        |
| Noyaux ganglionnaires.....                               | 2        |
| Corps calleux.....                                       | 2        |
| Hypophyse.....                                           | 1        |
| Région bulbo-protubérantielle.....                       | 1        |
| Cervelet.....                                            | 1        |
|                                                          | <hr/> 33 |

Nous sommes frappés en voyant ces divers chiffres, par l'absence fréquente de céphalée dans les tumeurs des régions psycho-motrices. DURET attribue cette fréquence au fait que de telles tumeurs se manifestent par des symptômes de localisation de façon assez précoce et qu'ainsi elles sont opérées avant que la pression soit assez accentuée pour produire la céphalée. Cette interprétation peut être admise pour un certain nombre de

cas ; mais nous voyons que l'évolution de quelques tumeurs, dans les observations que nous rapportons, dura jusqu'à six ans sans que jamais on vît se produire de céphalée, ces tumeurs avaient pourtant un volume assez considérable (obs. XXVII : tumeurs de 7 centimètres sur 2. Durée de l'évolution : six ans. — Obs. XXIII : mandarine volumineuse. Durée : plusieurs années).

D'après LADAME, la céphalée serait peu fréquente dans les tumeurs des corps striés et des couches optiques. Nous comptons deux observations de tumeurs de ces noyaux ganglionnaires. Elle manque souvent dans les tumeurs du corps calleux. GIESE ne l'a rencontrée que dans 6 cas sur 13. Un autre élément que le siège de la tumeur doit donc intervenir ici encore pour expliquer cette absence de céphalée.

b) *Volume.*

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Noisette .....            | 2 |
| Grosse noix.....          | 6 |
| Oeuf de poule.....        | 8 |
| Mandarine.....            | 2 |
| Pomme.....                | 1 |
| Tumeurs volumineuses..... | 8 |
| Volume non indiqué.....   | 6 |

Cette simple énumération contribue encore à nous montrer combien la théorie de la compression cérébrale est insuffisante à expliquer la pathogénie des symptômes des tumeurs : on admet en effet généralement que ces phénomènes seront d'autant plus accusés que la tumeur sera plus volumineuse ; dans tous les cas publiés ici, les

tumeurs avaient un volume assez considérable et tout symptôme dit de compression faisait défaut.

c) *Nature.*

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| Tumeurs d'origine dure-mérienne.... | 10 |
| Gliomes, gliosarcomes.....          | 8  |
| Psammomes.....                      | 2  |
| Endothéliomes.....                  | 2  |
| Kystes.....                         | 2  |
| Tubercules.....                     | 2  |
| Tumeur épendymaire.....             | 1  |
| Nature non indiquée.....            | 6  |

La nature de la tumeur ne semble pas avoir une action manifeste sur la production de la céphalée.

Nous trouvons ici un nombre à peu près égal des tumeurs bénignes (fibromes, psammomes), et des tumeurs malignes (sarcomes, gliomes, gliosarcomes).

Notons la fréquence de l'origine dure-mérienne (10 cas sur 33) des tumeurs sans céphalée.

4° Il est un autre élément auquel nous ferons appel pour expliquer l'absence de céphalée : c'est le rapport qu'affecte la tumeur avec la substance cérébrale voisine.

Nous avons vu que la théorie de l'hypertension crânienne était insuffisante pour expliquer les symptômes de tous les cas de tumeurs. ADAMKIEWICZ, qui fut un des plus importants contradicteurs de cette théorie, allait jusqu'à déclarer que jamais la tension n'augmente à l'intérieur de la cavité crânienne. L'hypertension existe incontestablement, nous l'avons vu, dans certains cas, mais elle peut manquer et cliniquement on voit la

ponction lombaire ne donner issue parfois qu'à quelques gouttes de liquide. Cette absence d'hypertension ne dépend pas du siège de la tumeur, mais peut-être du fait suivant.

A l'état physiologique, le liquide céphalo-rachidien se résorbe facilement et rapidement. A l'état pathologique, cette résorption est diminuée ou empêchée par le fait des phénomènes congestifs ou inflammatoires dus soit à l'irritation locale, soit à l'infection à distance. Ces lésions, nous l'avons vu, ont été bien constatées dans certaines observations (DUPRÉ ET DEVAUX). Elles n'ont pas été trouvées, au contraire, par REICHARDT dans un certain nombre de tumeurs cérébrales qui, logées dans des dépressions du cerveau, étaient restées latentes malgré leur volume. Il semble donc qu'on puisse faire jouer dans la pathogénie du syndrome un grand rôle à la résistance ou à la réaction du cerveau à l'irritation.

*En résumé*, l'absence de la céphalée dans les tumeurs n'est pas expliquée par le siège, la nature ou le volume des néoplasmes. La résistance de la substance cérébrale à l'irritation est peut-être un élément capable d'expliquer cette absence de céphalée. De nouvelles observations anatomo-cliniques seraient nécessaires pour confirmer cette manière de voir.

## CHAPITRE IV

### Diagnostic

---

La céphalalgie est un symptôme très fréquent en pathologie. Il serait important de pouvoir lui assigner des caractères spéciaux aux tumeurs : le plus distinctif de tous, pour KLIPPEL, serait la marche progressive de l'intensité des douleurs.

Elle est profonde, ce qui la différenciera facilement de la céphalée *neurasthénique* qui est superficielle : c'est un casque de plomb qui enserre la tête du malade, mais qui disparaît sous l'influence des distractions et plus généralement d'un traitement psychothérapique.

La *migraine* se manifeste, comme les tumeurs, par de la céphalée, des vomissements, de l'hyperesthésie sensorielle : mais la première est une névrose qui tient en général à une hérédité marquée ; elle survient par accès en dehors desquels le sujet est tout à fait tranquille et ses caractères sont le plus souvent si tranchés que le diagnostic en est très facile. Nous avons signalé la possibilité de pseudo-migraines dans les tumeurs :

toute migraine persistante, surtout si elle s'accompagne de quelque trouble moteur doit imposer un examen attentif et faire songer au début d'une affection cérébrale organique.

Les *névralgies* diverses seront facilement différenciées par le siège d'élection de la douleur, ses irradiations et son exacerbation par la pression de points déterminés.

La céphalée des *hystériques* est mobile ou au contraire fixe, comme un clou. Les malades s'en plaignent avec complaisance. Elle peut être accompagnée de vertiges, de vomissements, et d'autres symptômes de tumeur : c'est l'étude attentive des divers symptômes et le résultat rapide de la psychothérapie persuasive qui, dans des cas parfois difficiles, feront le diagnostic.

La *céphalée urémique* simule réellement la céphalée des tumeurs par sa violence, sa fixité et sa brusquerie d'apparition. Elle peut être accompagnée de convulsions et d'amblyopie, et la réunion de ces symptômes pourrait fort bien en imposer pour une tumeur cérébrale. La présence d'albumine dans les urines est certes en faveur de l'urémie, mais on n'oubliera pas que certaines tumeurs peuvent provoquer l'albuminurie.

L'*absence de céphalée* vient parfois égarer le diagnostic : on recherchera tout d'abord les autres éléments du syndrome, les vertiges, les convulsions généralisées, les vomissements et surtout la névrite œdémateuse ; tous ces symptômes peuvent être absents pendant une partie ou toute la durée de l'évolution, ce sont des faits que nous avons montrés précédemment.

Avec quelles affections confondra-t-on les tumeurs cérébrales ? Quels éléments pourront dans ces cas venir en aide au diagnostic ?

La présence de *signes physiques* a une valeur considérable : l'hydrocéphalie, le bruit de pot fêlé, la saillie à l'extérieur d'une tumeur mettront immédiatement sur la voie du diagnostic et on sera parfois surpris du volume d'une tumeur latente (obs. XXX).

L'*épilepsie généralisée* impose encore la nécessité d'un examen attentif : les phénomènes convulsifs peuvent, nous l'avons vu, être l'unique symptôme d'une tumeur qui n'est découverte qu'à l'autopsie. L'existence de crises en apparence essentielles est insuffisante pour faire formuler un diagnostic de tumeur cérébrale : son apparition tardive chez les adultes sans antécédents pourra y faire songer.

Les *troubles psychiques* qui sont la première manifestation d'une tumeur n'ont pas de caractères distinctifs : aussi leur origine est-elle souvent méconnue. La neurasthénie, l'hystérie, la dégénérescence mentale, les démences précoce ou sénile, la paralysie générale sont, suivant les cas, diagnostiquées. Parfois même on croit à la simulation (obs. XVIII).

Dans la presque totalité des cas où les troubles psychiques sont isolés, l'examen ophtalmoscopique n'a pas été pratiqué ou n'est pas signalé dans les observations. La tumeur reste méconnue jusqu'à l'apparition de symptômes nouveaux, diminution de l'acuité visuelle, convulsions, vertiges, vomissements, paralysie, qui font modifier le premier diagnostic.

Les *paralysies* dues aux tumeurs peuvent, nous l'avons vu, survenir à la suite d'un ictus apoplectique.

On les attribuera souvent à une *hémorragie* ou à un *ramollissement cérébral* : mais il s'agit dans ces cas soit de sujets âgés et athéromateux, soit de syphilitiques présentant de l'artérite cérébrale, soit encore d'individus jeunes, atteints d'une embolie cérébrale d'origine cardiaque ; l'hémiplégie, flasque après l'apoplexie, devient lentement spasmodique. Il n'y a pas de convulsions jacksonniennes, pas de névrite optique. Le diagnostic peut être cependant difficile en l'absence du syndrome des tumeurs ; dans quatre observations que nous relatons, on pensa à hémorragie ou ramollissement cérébral, mais l'examen ophtalmoscopique n'avait pas été pratiqué.

Lorsque la paralysie s'installe lentement, progressivement, s'accompagnant de convulsions jacksonniennes, le diagnostic de tumeur est plus facilement porté : ces symptômes font localiser la lésion : par exclusion on arrive à reconnaître la tumeur : c'est ainsi que fut fait le diagnostic dans huit observations ci-jointes malgré l'absence de tout élément du syndrome (obs. IX, XIV, XXXI à XXXV).

L'*hystérie* est souvent mise en cause, quand la céphalée et les autres éléments du syndrome sont absents. Nous avons montré comment certaines hémiplégies dues à des tumeurs peuvent ressembler aux paralysies et aux contractures hystériques : l'absence de modifications des réflexes, l'absence du signe de BABINSKI tromperaient certes les esprits non avertis ; aussi devra-t-on se souvenir que si la présence du signe de BABINSKI

implique une perturbation du système pyramidal, son absence ne doit pas faire éliminer toute affection organique.

A M. BABINSKI revient l'honneur d'avoir montré que le diagnostic de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique se fait par des signes intrinsèques qui sont des signes de certitude. Ici il n'existe pas de signe intrinsèque permettant de différencier les deux espèces de paralysie : c'est par les signes extrinsèques seulement que le diagnostic pourra être établi, sinon avec certitude, du moins avec de grandes probabilités.

En présence d'une hémiplégie spasmodique sans modification des réflexes, on devra rechercher si le sujet est suggestionnable, s'il a eu des crises hystériques ou d'autres manifestations hystériques antérieures.

On devra tenter une épreuve de psychothérapie dont le résultat rapidement satisfaisant confirmerait l'idée d'hystérie. Si des convulsions se produisent au cours de l'hémiplégie, on devra rechercher si la paralysie occupe le territoire correspondant exactement à la région de l'écorce cérébrale dont la perturbation est décelée par les crises épileptiformes. C'est là un argument capital contre l'hypothèse de paralysie hystérique (BABINSKI).

Quelques méthodes d'investigation clinique peuvent encore venir en aide quand le diagnostic est hésitant.

CÉSTAN a observé un cas où plus de quinze jours avant le début de la névrite œdémateuse, il existait une résistance extraordinaire à la production du *vertige voltaïque*.

C'est là une recherche qui mérite de n'être pas négli-

gée, car elle contribue à déceler l'hypertension crânienne.

La *ponction lombaire* peut montrer l'hypertension du liquide céphalo rachidien : la formule cytologique est variable, en rapport avec le degré d'irritation des méninges.

La *radioscopie* et la *radiographie* ont dans un certain nombre de cas permis de constater la présence d'une tumeur sous l'aspect d'une ombre anormale, parfois de la localiser. BECLÈRE a montré l'élargissement de la selle turcique dans les tumeurs du corps pituitaire.

*Diagnostic de siège et de nature.* — Nous avons vu que la céphalée localisée, accompagnée d'une sensibilité du crâne à la pression ou à la percussion de cette région est un élément important dans la localisation d'une tumeur. Elle en fut l'unique symptôme dans un cas opéré par JABOULAY. Le plus souvent d'autres symptômes viennent confirmer le diagnostic topographique.

La nature de la tumeur est peu éclairée par la céphalée. Celle-ci aurait pourtant dans les tumeurs syphilitiques le caractère particulier des exacerbations nocturnes : c'est là une indication qui peut être utile, mais il ne faut pas oublier que la céphalée syphilitique, même dans le cas de tumeurs cérébrales, peut manquer complètement (FOURNIER).

Pour certains auteurs, la céphalée serait moins vive ou absente dans les tumeurs bénignes, fibromes, cholestéatomes : nous avons vu plus haut ce qu'il fallait en penser.

Nous n'entreprendrons pas ici de tracer les éléments du diagnostic de siège et de nature des tumeurs : nous renvoyons pour cela aux classiques. Signalons seulement que certains médecins allemands et italiens ont pratiqué dans ce but une ponction exploratrice du cerveau (1).

---

1. PFEIFFER. La ponction du cerveau appliquée au diagnostic des tumeurs cérébrales. Soc. des Médecins de Halle-sur-Saale. 5 juin 1907.

ASCOLI. *Il Policlinico*, avril 1907.



## CHAPITRE V

### Traitement

---

La céphalée est peut-être le plus pénible de tous les symptômes des tumeurs cérébrales. Aussi de nombreux moyens ont-ils été proposés pour l'améliorer.

Les antispasmodiques, bromure de potassium et de sodium, les hypnotiques, la morphine peuvent être employés dans les céphalées intenses. BROWNING, considérant que la céphalée est due à une augmentation de la pression intra-cranienne à laquelle s'ajoute parfois une augmentation paroxystique de la pression artérielle, propose les dépresseurs vasculaires, aconitine, veratrum, gelsenium, dont l'usage lui a semblé satisfaisant.

MILLS et FRAZIER, pensant que dans quelques cas la céphalée est due à une irritation du nerf trijumeau dans la dure-mère ont pratiqué la section de ce nerf : un cas aurait été ainsi amélioré.

Quelques améliorations passagères ont été aussi obtenues par l'application des rayons X.

Mais à l'heure actuelle on a surtout recours à la chi-

rurgie pour améliorer ces symptômes douloureux. On pratique soit des opérations palliatives (ponction ventriculaire et ponction lombaire ; trépanation décompressive), soit des opérations curatrices.

La *ponction des ventricules* est une opération grave qui conviendrait dans les cas d'hydrocéphalie interne très prononcée. VON BRAMANN la considère comme une intervention plus bénigne que la ponction lombaire et aussi plus efficace. Elle est rejetée par la majorité des neurologistes français.

La *ponction lombaire* qui avait fait concevoir de vives espérances au début de son application, est maintenant très discutée : elle agit sur la céphalée et sur la torpeur consécutive de façon parfois merveilleuse : le malade de l'observation XLV qui depuis quinze jours souffrait atrocement sans répit, s'écrie dès la fin de la première ponction : « Vous m'avez sauvé la vie », et c'est lui qui réclame les ponctions ultérieures, la céphalée se reproduisant avec ses caractères d'intensité environ douze heures après la soustraction de liquide. Les rémissions obtenues sont de plus longue durée dans l'observation XLVI où dix-sept ponctions furent pratiquées en l'espace de quatre mois.

Mais la ponction lombaire est un moyen infidèle ; parfois le liquide céphalo-rachidien ne coule que très lentement et en très petite quantité soit que l'hypertension n'existe pas, soit qu'il y ait interruption de la communication entre les espaces cérébraux et médullaires. D'autres fois, la ponction peut être l'occasion de complications : la céphalée peut augmenter, accompa-

gnée de vomissements pénibles ; parfois l'évolution a semblé aggravée. Enfin elle a pu occasionner des cas de mort subite, principalement quand les tumeurs siègent à la base ou sont voisines du bulbe.

Certains auteurs vont jusqu'à conseiller de s'en abstenir systématiquement dans le cas de tumeur cérébrale diagnostiquée. Nous croyons cette conclusion trop rigoureuse : la ponction lombaire n'est certes qu'un moyen palliatif, mais fort utile pour soulager les malades. En raison des accidents possibles, des précautions strictes devront être prises dans la technique de la ponction : il est indispensable d'assurer une évacuation lente, avec une très fine aiguille et en petite quantité. L'aspiration est absolument contre-indiquée.

La *trépanation* soit simplement décompressive en cas de tumeur inopérable, soit curatrice, produit une amélioration notable de la céphalée : « Les malades, que torturent, jour et nuit, pendant des mois, des douleurs violentes, contre lesquelles la morphine est impuissante, qui plongés dans une tristesse profonde, souvent dans l'obnubilation intellectuelle et physique, agités d'idées de suicide, sont les premiers à solliciter le soulagement que peut leur procurer l'intervention. Après celle-ci, tous se déclarent soulagés ; et, vu leur triste état, c'est faire œuvre d'humanité, malgré les effets incertains et précaires de l'opération, de ne pas la leur refuser. » (DURET).



## OBSERVATIONS

### I. — TUMEURS AVEC CÉPHALÉE TARDIVE

#### OBSERVATION I

FRATINI ET RONDANI (*Gazz. degli ospedali e delle cliniche*,  
1905, p. 477).

M. T..., vingt-trois ans, était en parfaite santé et vaquait à ses occupations habituelles quand elle tomba à terre sans connaissance. Revenue à elle, elle s'aperçut qu'elle avait la bouche déviée à droite, de la difficulté à articuler les mots, et de la parésie du côté droit telle qu'elle avait de la peine à marcher. Pas de troubles de la sensibilité générale ou spéciale, sauf une légère hyperesthésie du côté droit de la face. Pendant deux jours après cette attaque, la malade dut garder le lit avec une forte fièvre et une céphalée intense fronto-pariétale gauche. Peu à peu les phénomènes parétiques de la face diminuèrent, laissant cependant un trouble de prononciation.

La force musculaire est notablement diminuée au membre supérieur droit et légèrement diminuée au membre inférieur droit. Marche à petits pas. Pas de contracture ni de convulsions.

Réflexes accentués à droite. Pas de clonus ni de signe de Babinski.

Pas de stase papillaire.

Plus tard la malade présente une *céphalée* <sup>\*</sup>intense, des vomissements ; elle tombe dans le coma ne répondant plus aux questions. L'hémi-parésie droite est transformée en une véritable hémiplégie.

*Autopsie.* — Tumeur grosse comme un œuf de poule de la couronne rayonnante détruisant la substance cérébrale du lobe frontal et s'étendant au lobe pariétal gauche.

## OBSERVATION II

BRAULT ET LOEPER. (*Arch. gén. de Médecine*, mars 1900).

Femme de quarante-quatre ans, entrée à l'hôpital Tenon pour une paralysie du côté droit avec déviation légère de la face du côté opposé ; cette paralysie semble remonter à cinq mois.

Cette paralysie s'est installée insidieusement, sans début apoplectique. Limitée d'abord au bras, elle est restée plusieurs semaines sans s'étendre, puis la parésie du côté droit de la face est apparue. Presque à la même époque la jambe droite devint lourde... La malade fut bientôt dans l'obligation de rester étendue. Puis elle éprouva un grand embarras de la parole : l'aphasie d'abord intermittente devint rapidement complète ; elle remonte maintenant à deux mois.

Ces différents troubles avaient succédé à une longue période de manifestations psychiques, idées de suicide, amnésie, négligence de tenue, crises de colère fréquentes,

dégoût du travail. La céphalée n'était pas considérable. Elle ne troublait pas le sommeil de la malade.

L'affection évoluant sur un terrain nettement névropathique chez une femme dont les périodes menstruelles s'accompagnaient de phénomènes nerveux, l'attention de l'entourage ne fut éveillée qu'à l'apparition de l'aphasie.

Lorsque la malade entre à l'hôpital, elle présente toutes les apparences d'une organique. Plongée depuis huit jours dans un état comateux elle ne reconnaît personne. La face est légèrement déviée à gauche, l'œil sans expression, le membre supérieur droit paralysé est contracturé en pronation et demi-flexion. Les doigts sont fléchis dans la paume et se laissent difficilement étendre. Le membre inférieur du même côté est absolument flasque et inerte : il ne résiste pas et retombe sur le lit quand on le soulève. Les réflexes sont exagérés au coude et à la rotule. Pas de clonus du pied, pas de signe de Babinski.

La sensibilité est intacte.

Les sphincters sont relâchés. Le cœur est sain.

L'intelligence est très obtuse. La malade entend, mais ne semble pas comprendre les questions qu'on lui pose. Elle est dans l'impossibilité de lire aucun mot écrit. L'acuité visuelle paraît normale. Les pupilles sont moyennes, égales et réagissent bien à la lumière. Le fond de l'œil n'a pu être examiné.

Le diagnostic restait en suspens ; on émit l'hypothèse de *gomme* ou d'*artérite cérébrale* et l'on fit, sans qu'il y eût de manifestation spécifique, une injection de 0 gr. 10 de calomel. Le lendemain la malade se plaignait d'une *céphalée violente*. Elle portait la main continuellement au côté gauche

de la tête. La prostration augmenta le soir même. Il fut impossible d'obtenir aucune réponse. Le coma complet apparut le troisième jour. L'hyperthermie de 41 avec respiration accélérée mais régulière annonça la mort le quatrième jour.

A l'autopsie on trouva un sarcome fasciculé d'origine probablement dure-mérienne du volume d'un œuf de poule et détruisant le centre cortical de l'aphasie et la partie antérieure du faisceau pyramidal dans la capsule interne.

### OBSERVATION III

(DEVIC et GAUTHIER. — *Archives générales de Médecine*, 1900, p. 745.)

L. F..., cinquante-deux ans, tisseuse, entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Clotilde, n° 18, le 29 décembre 1899, décédée le 13 février 1900.

La malade est célibataire et n'a jamais eu d'enfant, ni de fausses couches.

On ne trouve pas d'antécédents héréditaires nerveux dans la ligne directe, mais une de ses tantes serait morte dans une maison d'aliénés.

*Antécédents personnels.* — Rien d'intéressant : jamais de traumatisme dans la tête. Pas d'antécédents héréditaires. Son entourage a sollicité son admission à l'hôpital pour des troubles mentaux survenus depuis six mois environ. Depuis cette époque elle présente des phases passagères d'obnubilation intellectuelle durant lesquelles, sans commettre d'actes délictueux, elle répond avec difficulté aux questions qu'on lui pose et de façon souvent insensée ; elle est plongée dans une torpeur béate avec tendance marquée au

sommeil. Dans l'intervalle des crises d'obnubilation elle ne revient pas complètement à la vie intellectuelle normale, et sans délirer elle est loin de posséder son ancien état mental.

En outre, elle aurait eu de petits accès d'automatisme ambulateur. Dans son quartier on la jugeait pour folle. Jamais de chute brusque, d'ictus quelconque suivi ou non de perte de connaissance.

L'hémi-parésie droite, dont il sera question plus loin, a peu frappé l'entourage. On ne peut avoir de renseignements précis sur le début lent ou brusque de ce symptôme. En tout cas, il y a quinze jours encore, la malade marchait bien, montant et descendant ses trois étages. Il n'a fallu lui aider à marcher, et encore faiblement, que pour entrer à l'hôpital.

*Examen.* — La malade est couchée sur son lit, le regard perdu dans le vide, les yeux mi-clos, assez indifférente aux événements extérieurs.

Il est difficile d'éveiller son attention. Quand on lui pose une question, elle regarde d'un air impassible, ne répond rien ou bien prononce quelques mots sans grande signification. « Oh, oui ! oh, non ! »

Elle a de l'aphasie partielle, présente une perte notable de la mémoire et de la compréhension.

Il n'y a pas de délire vrai, la malade est d'une gaieté anormale, elle rit sans raison, du rire béat des idiots.

L'examen de la motricité révèle l'existence d'une hémi-parésie droite étendue aux membres supérieurs et inférieurs et à la face. Le facial supérieur est indemne.

Le réflexe rotulien droit est exagéré. La sensibilité au contact et à la piqure est diminuée. Pas de signe de Babinski.

Rien à noter du côté gauche au point de vue sensitivo-moteur.

Rien de particulier à noter dans les viscères.

Malgré l'absence d'antécédents spécifiques, on institue le traitement par frictions mercurielles et iodurées à hautes doses.

10 janvier 1900. — Depuis son entrée l'état de la malade était resté stationnaire. Aujourd'hui on note une augmentation de la torpeur et de l'anéantissement général. La tendance au sommeil s'est accrue. La malade ne répond plus aux questions. Elle perd ses urines et ses matières.

Il y a de la trépidation épileptoïde du pied droit. L'hémiplégie s'est accentuée sans être totale. Elle est surtout marquée au membre supérieur, les membres droits, facilement mobilisables jusqu'alors, sont un peu raides.

Les pupilles réagissent mal à la lumière, mais sont égales.

*Les fonds d'yeux sont normaux.*

13 janvier. — La malade sort un peu de sa torpeur.

18 janvier. — Le mieux s'accroît. La paralysie et la torpeur diminuent.

25 janvier. — La malade dit quelques mots, répond assez bien aux questions ; la parole est lente, pénible, un peu scandée.

26 janvier. — *Pour la première fois la malade se plaint de la tête.* Quelques nausées sans vomissements. Pas de fièvre depuis l'entrée.

29 janvier. — La malade insiste sur sa céphalée. Elle est gravative, étendue à toute la tête sans localisation spéciale. Quelques vomissements.

5 février. — Parésie du muscle oculaire droit externe gauche.

Toujours rien à l'examen des yeux.

La céphalée est toujours très vive. Quand elle ne peut parler, la malade désigne la tête avec un doigt si on lui demande de ses nouvelles.

7 février. — La malade est retombée dans un état subcomateux, ne répondant rien quand on l'interroge.

Hémiplégie flasque absolue du côté droit.

9 février. — Aggravation de l'état comateux.

12 février. — Coma complet. Stertor. Mort le 13.

*Autopsie.* — On trouve un gliome ramolli occupant la surface de l'hémisphère gauche (moitié postérieure du lobe frontal et partie antérieure des lobes temporal et sphénoïdal).

#### OBSERVATION IV (Résumée)

(BEEVOR et BALLANCE. — *British Medical Journal*,  
1895, p. 5.)

Homme de trente-neuf ans qui présenta une paralysie à début progressif envahissant successivement le cou-de-pied droit, le genou et la cuisse puis après un laps de temps de sept mois, la main droite et enfin la totalité du membre supérieur; finalement la parole se prend à son tour: *céphalée*, vomissements, névrite optique; hyperesthésie du côté droit du tronc et des membres: aggravation pendant le traitement antisiphilitique sévèrement appliqué pendant six semaines.

L'absence d'épilepsie fait supposer qu'il s'agit de tumeur

sous-corticale ; elle ne doit pas siéger dans la capsule interne parce que la paralysie s'est étendue lentement et que l'anesthésie n'est ni complète ni étendue à la totalité d'un côté du corps.

11 juillet, *opération*. — Sarcome globo et fuso-cellulaire sous-cortical siégeant à la partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante, s'étendant jusqu'à la faux du cerveau.

*Suites opératoires*. — Le 19 et le 20 crises de spasme clonique localisé au côté droit de la bouche : aphasie. Du 22 au 26, ces phénomènes disparaissent ; il y a un spasme clonique constant du pouce et de l'index droit ; l'hémiplégie droite est incomplète. Le 25 commencent à revenir quelques mouvements dans le membre inférieur droit ; la sensibilité est revenue avec un peu de paresthésie.

Le 20 novembre on constate que le malade peut étendre et fléchir les doigts, les autres mouvements du membre supérieur se font en partie.

Il peut marcher sans aide en traînant un peu la jambe droite ; la sensibilité est partout normale.

## OBSERVATION V (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le Dr Babinski.)

Marthe C..., dix ans et demi, est amenée par sa mère le 13 octobre 1906 à la consultation du Dr Babinski à la Pitié pour un trouble nerveux général et en particulier pour des douleurs à siège très variable, tête, dos, région lombaire, membre supérieur.

Ces troubles ont débuté il y a un an par des douleurs

dans les jambes. Il y a quatre mois, l'enfant fut conduite à la fondation Rothschild parce qu'elle louchait et voyait double : on institua un traitement avec du calomel. La diplopie disparut quinze jours après.

*Antécédents.* — Père mort à quarante-deux ans de tuberculose, mère bien portante, a eu huit enfants. Le septième est mort de méningite, une fille a une coxalgie.

*Examen.* — L'enfant est frêle, petite pour son âge. Elle répond bien aux questions qui lui sont posées, mais sa mère la dit un peu indifférente, apathique. Elle n'accuse aucune douleur. Elle n'a jamais vomi.

L'examen du système nerveux ne décèle aucun trouble.

L'examen ophtalmoscopique pratiqué par le Dr Chaillous montre que des deux côtés, la papille a ses bords flous, une coloration blanc grisâtre. Les veines sont distendues et forment au niveau des bords un coude très prononcé avec changement de coloration de leur contenu.

La vision est à peu près normale = 8 à 9/10.

Cet œdème papillaire fait soupçonner soit un néoplasme cérébral, soit une méningite basilaire que les antécédents semblent devoir faire attribuer à la tuberculose. On institue cependant un traitement hydrargyrique intensif.

19 octobre. — Même état de la malade : pas de céphalée, mais douleurs dans les jambes et la région lombaire.

L'examen de la malade montre un rétrécissement du champ visuel surtout dans la moitié droite. Mais les réponses sont si vagues, si imprécises et surtout si variables qu'on ne peut guère se fier au résultat de cet examen.

26 octobre. — On pratique une ponction lombaire. L'examen cytologique en est négatif.

16 novembre. — Depuis la ponction, la malade a beaucoup souffert. Elle a eu une *céphalée* intense, des vomissements, une insomnie continue. Pourtant elle a conservé un bon appétit.

Elle se plaint encore de céphalée.

Le névrite oedémateuse est peut-être plus marquée qu'au premier examen. La vision diminue : o G. = 6 à 7/10.

24 novembre. — Les douleurs de tête ont beaucoup diminué, quelques cris nocturnes.

30 novembre. — La céphalée est de nouveau intense. Le gonflement des papilles a peut-être diminué, mais elles semblent plus pâles. La vision diminue encore = 4/10.

En raison de la menace d'amaurose totale, on propose une trépanation décompressive, la tumeur étant supposée basilaire et par conséquent inaccessible.

2 décembre. — La trépanation est pratiquée par M. le professeur agrégé Gosset qui taille un large lambeau à la région pariétale gauche : la dure-mère est distendue et son incision laisse échapper une grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Le volet osseux est appliqué contre le cerveau.

20 décembre. — Les suites opératoires ont été simples, mais on voit s'installer une paralysie faciale avec monoplégie brachiale du côté droit, simple parésie de la jambe du même côté. La malade perd ses matières sous elle. Elle répond mal aux questions. Elle dit ne plus souffrir de la tête. Les papilles sont pâles et encore oedématisées.

18 janvier. — La jambe droite qui était au début simplement parésisée, est maintenant paralysée complètement. La paralysie faciale n'est pas modifiée. Le bras qui était flasque au début est maintenant contracturé en flexion.

Réflexes exagérés. Signes de Babinski.

Les pupilles sont larges et réagissent mal, surtout à droite, à la lumière et à l'accommodation. Les deux papilles ont l'aspect blanc grisâtre. L'œdème a beaucoup diminué.

15 février. — Depuis quelques jours, l'état de la malade s'est aggravé.

Elle a une céphalée violente en même temps que des vomissements. Elle a une volumineuse hernie cérébrale pulsatile. Des convulsions se sont produites du côté droit du corps à plusieurs reprises : elles ont été reproduites accidentellement par la pression de la hernie cérébrale au moment d'un pansement.

1<sup>er</sup> mars. — L'état général s'est amélioré : l'hémiplégie régresse et la malade peut maintenant manger seule.

Les papilles sont pâles, les vaisseaux sont un peu dilatés, mais les bords nets.

26 avril. — De nouveau les vomissements, la céphalée et les crises convulsives avaient reparu quand spontanément s'est produite une fistulisation de la hernie cérébrale.

Avec l'écoulement continu de liquide céphalo-rachidien qui est de temps en temps fort abondant, la malade ne souffre plus de la tête, elle n'a plus de convulsions ; son état général s'améliore et elle engraisse notablement.

#### OBSERVATION VI (Résumée)

(DILLER. — *The American Journal of medical Science*,  
mai 1904.)

Un homme de cinquante-six ans présenta des symptômes neurasthéniques, et un an après eut une première attaque

d'épilepsie jacksonnienne. L'attaque commença par une crampe douloureuse du gros orteil; elle atteignit la jambe et finalement tout le membre inférieur gauche et ce côté du tronc. Le bras et la face ne furent pas atteints; pas de perte de connaissance pendant l'attaque. Les convulsions furent suivies d'une légère faiblesse du bras et de la jambe gauche. Elles se reproduisirent tous les mois à peu près pendant trente-six mois; à ce moment le malade eut une crise très violente, précédée de *céphalée* et qui le laissa abattu pendant trente-six heures. L'examen oculaire montra une névrite optique de l'œil droit. Affaiblissement mental. Légère paralysie du bras et de la jambe gauches. Réflexe rotulien augmenté à gauche. Sensibilité normale.

On fait le diagnostic de tumeur cérébrale et l'opération est décidée. On tombe sur une tumeur volumineuse, mais l'hémorragie est telle que le malade a une syncope et qu'on doit arrêter l'opération. Six jours après, nouvel essai arrêté par la même raison.

Après l'opération, son état mental fut très amélioré, les attaques moins fréquentes. Il vécut en bonne santé pendant deux ans, il eut alors deux attaques convulsives et mourut.

L'autopsie montra un volumineux sarcome du côté droit du crâne étendu de la scissure de Rolando à la scissure pariéto-occipitale.

L'auteur fait remarquer qu'il n'y eut de *céphalée* qu'une fois, au moment de l'attaque qui précéda l'opération. Il n'y eut jamais de vomissements ni de vertiges.

## OBSERVATION VII

(BRAULT ET LOEPER. — *Archives générales  
de médecine*, mars 1900.)

L..., soixante-cinq ans, entre à l'hôpital Tenon en janvier 1897 pour des phénomènes nerveux assez vagues, crampes dans les jambes, faiblesse musculaire, insomnie, cauchemars, pituites matutinales. Elle porte sur le corps des zones d'hyperesthésie ovarienne, mammaire. On considéra au début la malade comme une alcoolique banale quand on constata qu'elle était hémianesthésique gauche complète. Elle ne sentait que très imparfaitement de la narine gauche. L'ouïe était moins nette de ce côté. Le champ visuel était notablement retréci, le *diagnostic d'hystérie* s'imposait malgré l'âge de la malade.

Après un mois de séjour à l'hôpital, L... se plaignit de faiblesse de la main gauche. Effectivement elle serrait moins énergiquement les objets qu'on lui présentait.

Le réflexe tricipital était normal. Il n'y avait pas de contracture.

L'état intellectuel semblait assez profondément troublé. Quand on causait longtemps avec la malade, on était surpris de la voir pleurer tout à coup sans motif. La mémoire semblait un peu diminuée. Les événements récents étaient peu précis dans l'esprit de la malade qui était indifférente à la plupart des faits ou des personnes qui l'entouraient.

Pas de paralysie oculaire. Acuité visuelle intacte. Le diagnostic reste en suspens pendant près de deux mois, les symptômes ne se modifiant pas.

Le 15 février la malade a des hallucinations.

A ce moment on l'examine à nouveau au point de vue moteur et sensitif. Les zones hyperesthésiques persistent, mais la paralysie du membre supérieur gauche s'est accentuée. Il y a même de la contracture des doigts dans la paume et la malade se plaint de fortes douleurs dans l'épaule gauche. La contracture des doigts est invincible. La lésion cérébrale ne paraissait donc pas douteuse. On pense au *ramollissement chronique évoluant sur un terrain hystérique* ou associé à l'hystérie. L'examen des artères ne décelait aucun signe d'athérome. Les urines ne contenaient pas d'albumine.

La vision des objets devient peu à peu moins nette, les yeux n'étaient pas déviés, mais la malade reposait toujours la tête tournée à droite. Dans l'impossibilité de la lever, on ne put établir si elle présentait de la titubation. Au début de mars, la contracture du bras gauche augmente. Le bras était en demi-flexion et pronation. De plus la face était nettement déviée à droite et la joue gauche flasque. Aucun trouble du membre inférieur. L'hémi-anesthésie gauche était complète : cette association de l'hémi-anesthésie aux troubles paralytiques était de nature à dérouter le diagnostic. La malade se plaint de *céphalalgie* intense et porte sa main à son front.

10 avril. — Apparaît sur le dos une éruption furonculaire provoquée sans doute par le contact des urines et des matières que la malade perd. Bientôt eschare sacrée.

1<sup>er</sup> mai. — Coma avec hyperthermie, légère congestion des deux bases. Mort quarante-huit heures après.

*Autopsie.* — Kyste hydatique de la face inféro-interne du lobe temporo-occipital.

### OBSERVATION VIII (Résumée)

(MIURA. — *Mittheil. der Medez. Facult. zu Tokio*, 1898.)

Garçon de vingt et un ans, qui présenta une hémiplegie gauche sans troubles de sensibilité, ni épilepsie jacksonnienne, mais parfois avec quelques secousses des membres du côté malade.

Plus tardivement céphalée, vertiges, névrite optique.

*Autopsie.* — Tuberculose solitaire de la couche optique droite.

### OBSERVATION IX

(KNAPP. — *Boston Society of Psychiatry and Neurology*, 18 mai 1905.)

Le malade, pauvre nègre âgé de quarante-six ans, vient au City-Hospital en mars 1903.

*Antécédents héréditaires et personnels.* — Nuls.

Huit mois auparavant il a commencé à avoir de l'engourdissement dans le petit doigt droit, qui en trois semaines a gagné l'annulaire et l'extrémité unguéale du médius. Un mois plus tard, étant au lit, il trouva en s'éveillant son bras droit engourdi et sans force ; cet état dura dix minutes. Plus tard il eut des accès de fourmillement dans la main droite et le bras se trouva sans force.

En novembre 1902, il commence à avoir des attaques de spasmes cloniques dans les doigts et le pouce droits, gagnant plus tard le bras entier. Durant une pneumonie, les attaques

cessent, puis reparaissent à la convalescence. Six jours après, venant à l'hôpital, il eut une attaque de convulsions de tout le bras, avec difficulté de la parole. Il ne perdit jamais connaissance pendant ces attaques. Il eut de temps en temps un léger vertige, et des maux de tête occasionnels.

Il suivit pendant deux mois un traitement antisypilitique sans résultat.

On nota pendant quatre mois de l'asymétrie faciale : le sillon naso-labial droit étant plus marqué. Les pupilles réagissent et sont étroites. Le bras droit est plus faible. *Le fond d'œil est normal.* Rien dans les urines. Traces d'ancienne pleurésie. Pas de troubles de sensibilité.

Rien à noter dans l'état des réflexes.

On conseilla une opération qui fut refusée. Il venait seulement par occasion à l'hôpital et avait été évidemment impressionné par le fait qu'il était un sujet intéressant et demandant en conséquence à être traité avec déférence.

Au mois d'août, la jambe droite devint faible et le malade traîna le pied droit. La faiblesse augmenta et il fut incapable de boutonner ses vêtements de la main droite.

En décembre une *large trépanation* fut faite sur la scissure de Rolando, mais la tumeur étant considérée comme inopérable à cause de l'hémorragie, on enleva une portion de la tumeur qui était un endothéliome.

En janvier 1904, les attaques revinrent plusieurs fois par jour et il eut un peu de *céphalée*. En mars nouvelle atteinte de pneumonie.

Le 3 août il avait de fréquentes attaques débutant par une sensation d'aiguille et d'épingle dans le médius et l'auriculaire droits, s'étendant à l'index, au pouce et à toute la

main. Alors surviennent des mouvements de flexion de tous les doigts. Les accès atteignent ensuite le poignet et le bras. Le côté droit de la face est quelquefois tiré après une attaque et la parole est gênée pendant une heure. Il sait ce qu'il veut dire, mais ne peut pas le dire.

Trois semaines après, il a une semblable paresthésie de tous les doigts de la main gauche. La jambe gauche est atteinte de temps en temps. Il est devenu obèse et a une hémiplegie droite. Le bras est plus touché que la jambe et la jambe plus que la face. Tous les doigts de la main droite sont contracturés en flexion. Le réflexe rotulien droit est augmenté ; il n'y a pas de clonus.

Le 17 août, il se plaint d'un mal de tête qui dure dix jours. Le 31 août il ne peut marcher ou causer et peut à peine distinguer. Il sent comme un fer rouge sur sa main gauche. La céphalée persiste. Il existe une hernie cérébrale très marquée, pulsatile. Le cou a un aspect œdémateux. Sa femme dit qu'il a eu les jambes enflées.

Quelque temps après des troubles mentaux se développent et il est envoyé le 31 octobre 1904 à l'asile de Boston avec des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Il croit que sa femme l'empoisonne et il veut la tuer. A son admission il était quelque peu aphasique, très confus et avait un défaut marqué de la mémoire. Il était content et heureux. Il avait l'illusion que sa main droite était coupée, que son argent lui avait été volé, qu'il avait été trompé, etc. En racontant ses malheurs, il pleurait. Il avait des hallucinations de l'ouïe, une céphalée intense et une diminution marquée de l'acuité visuelle, distinguant seulement la lumière de l'obscurité.

Son état s'améliore et il peut rentrer chez lui en janvier. Mais là l'hémiplégie et la cécité font des progrès, il meurt avec des symptômes de compression cérébrale le 1<sup>er</sup> mai 1905.

## II. — TUMEURS SANS CÉPHALÉE

### AVEC AUTRES ÉLÉMENTS DU SYNDROME

#### OBSERVATION X (Résumée)

(JACOBSON    JAMANE. — *Arch. für Psychiatrie*,  
1896, f. 1.)

Femme de trente-quatre ans. Accès de rire suivis de secousses du facial gauche. Ptosis gauche transitoire, blépharospasme gauche. Exagération des réflexes, dysphagie. Puis tremblement de la langue et des mains, parole nasale et lente incompréhensible. Somnolence, démence progressive, agitation.

Inégalité pupillaire non permanente. Ptosis droit. Exophtalmie gauche. Parésie faciale gauche. Amincissement des lèvres et de la langue, secousses fibrillaires. Affaiblissement de l'ouïe à gauche. Parésie à droite et à gauche. Ataxie des quatre membres. Parole parfois explosive, dysarthrie. Surdité progressive à droite. Alternatives de pâleur et de rougeur de la face. Spasme des orbiculaires. *Papille étranglée* ophtalmoparésie, nystagmus. Respiration de Cheyne-Stokes. Affaiblissement des réflexes. Paralysie des sphincters, mort sept mois après le début.

*Autopsie.* — Fibrome ovoïde situé entre le pédoncule cérébral gauche, la protubérance et le bulbe ; la circonvolution

occipito-temporale latérale et le bord antérieur du cervelet. Malgré le volume de la tumeur et la déformation considérable de la protubérance en particulier, les lésions dégénératives sont minimales. Les nerfs et leurs noyaux sont sains.

L'auteur note qu'au début on fit le diagnostic d'hystérie.

## OBSERVATION XI

(J. BABINSKI. — *Soc. Neurologie*, 5 juillet 1906.)

Un homme âgé de cinquante-deux ans me consulte pour la première fois en mai 1904, se plaignant d'éprouver depuis plusieurs mois des troubles de la parole, d'articuler avec difficulté, mais surtout de chercher souvent en vain les mots correspondant à sa pensée. Il me dit que d'ailleurs il a conservé toute sa lucidité d'esprit. La conversation que j'ai avec lui me montre l'exactitude de ses déclarations ; il me paraît, en effet, d'une intelligence normale, mais il lui arrive fréquemment de s'arrêter au milieu d'une phrase pour chercher un mot, ou de dire des mots les uns pour les autres, ou encore de les estropier ; il s'aperçoit, du reste, des fautes qu'il commet et, si on lui souffle le terme exact dont il est en quête, il le prononce aussitôt et achève sa phrase ; j'ajoute que le sens des mots et des phrases prononcées, écrits ou imprimés est perçu par lui d'une manière parfaite.

Il y a deux semaines, il a été pris, à la suite d'un effort, d'une parésie de tout le côté droit du corps qui ne s'est pas modifiée depuis. Les réflexes tendineux et les réflexes cutanés sont normaux et égaux des deux côtés. La sensibilité générale et les sensibilités spéciales sont normales. Le malade ne souff-

fre pas, n'a pas de douleurs de tête, son urine ne contient ni sucre ni albumine.

Le diagnostic le plus probable me paraît être le suivant : artérite cérébrale avec thrombose ; ramollissement de la zone psycho-motrice de l'écorce de l'hémisphère gauche et de la circonvolution de Broca.

Trois mois après, je revois le malade avec le médecin traitant, mon collègue, le D<sup>r</sup> Le Noir. J'apprends qu'il a plusieurs accès d'épilepsie jacksonnienne du côté droit commençant par les muscles de la face, gagnant ensuite le membre supérieur, puis le membre inférieur. Je le trouve abattu, s'exprimant plus difficilement que la première fois où je l'avais vu ; la marche est possible, mais elle est hésitante et les mouvements du membre inférieur droit s'effectuent avec lenteur ; les fonctions du membre supérieur peuvent être accomplies, mais non sans difficulté ; le malade soulève le bras droit moins bien que le gauche, il écrit lentement ; à table il est gêné pour couper la viande et porter les aliments à la bouche. Les membres du côté parésié présentent un peu de raideur, ils sont comme légèrement contracturés. Mais pour le reste sa situation n'est pas modifiée. Les réflexes tendineux et les réflexes cutanés sont toujours normaux ; l'intelligence est conservée ; il n'y a *pas de céphalée*, pas de troubles sensitifs ni sensoriels.

Les crises épileptiformes confirment le diagnostic de lésion corticale porté dès le début, mais elles me conduisent à modifier l'idée que je m'étais faite sur la cause du mal. Il y a tout lieu d'admettre qu'il s'agit d'une

lésion irritative, dont il reste à déterminer la nature. S'agit-il d'une infection inflammatoire ou néoplasique siégeant dans l'intérieur même des circonvolutions ? Je me crois en droit de rejeter cette hypothèse parce que s'il en était ainsi, pendant la période de trois mois qu'a duré l'hémiplégie, une dégénération secondaire du faisceau pyramidal aurait dû se produire et que cette dégénération devrait, ce qui n'est pas, se manifester par des modifications dans l'état des réflexes et en particulier par une exagération des réflexes tendineux. Je me demande alors si cette paralysie ne serait pas de nature hystérique et si je n'aurais pas affaire à une association hystéro-organique, mais cette hypothèse me paraît peu vraisemblable, car le malade n'a jamais eu de sa vie de manifestations hystériques, qu'il ne me semble pas suggestionnable et que de plus, étant donné qu'il ignore complètement les choses de la médecine, il serait singulier que l'aphasie eût éveillé en son esprit l'idée d'une paralysie localisée précisément du côté où elle siège en pareil cas. Je suis amené ainsi à admettre, malgré l'absence de céphalée et de névrite œdémateuse, que le mal consiste en une tumeur qui comprime les circonvolutions sans les altérer profondément ; des faits antérieurs et en particulier une observation rapportée dans un travail publié il y a sept ans (1) m'avaient en effet appris que les tumeurs cérébrales étaient capables de produire des paralysies avec contracture intense ayant

1. Voir Babinski : Sur une forme de paraplégie spasmodique consécutive à une lésion organique et sans dégénération du système pyramidal. Observation I. — *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 24 mars 1899.

pour caractère particulier de n'être accompagnée d'aucune perturbation de réflexes ; songeant alors à la possibilité d'une tumeur de nature syphilitique, nous prescrivons, le médecin traitant et moi, outre la médication bromurée employée depuis la première crise, une cure hydrargyrique, nous proposant de conseiller ultérieurement une opération, si ce traitement venait à échouer.

Pendant une période de plusieurs mois, le malade est soumis à l'usage du mercure, que l'on interrompt seulement lorsque se manifestent des signes d'intolérance. Son état présente des alternatives en bien et en mal et nous avons à plusieurs reprises l'impression que le médicament est efficace.

En décembre 1904, la situation s'est manifestement aggravée, l'abattement est plus prononcé, l'anarthrie et l'aphasie ont augmenté, l'hémi-parésie est plus marquée, tout en conservant les mêmes caractères qu'auparavant ; les réflexes en particulier sont absolument normaux ; *la céphalée et les nausées font défaut*, la percussion de différentes parties du crâne ne provoque aucune douleur ; *rien au fond de l'œil*, dont l'examen est fait par le regretté Dr Parinaud.

Nous estimons alors, le médecin traitant et moi, qu'une intervention chirurgicale serait légitime. Mais deux de nos collègues, appelés en consultation, sont d'avis que le diagnostic de néoplasme cérébral est peu vraisemblable, en raison de l'absence de nausées, de céphalée et de névrite optique ; ils déconseillent en conséquence l'opération et pensent qu'il y a lieu de continuer encore le traitement hydrargyrique sous une forme aussi intensive que possible

Du mois de décembre 1904 au mois d'octobre 1905, la situation du malade s'améliore et s'aggrave alternativement plusieurs fois ; il lui arrive de tomber dans des états d'aplatissement, de dépression, d'indifférence qui durent plusieurs semaines, puis de revenir à un état plus satisfaisant dans lequel il se lamente sur son sort. Mais dans ces différentes phases on note l'absence complète de délire ; il est toujours possible de le faire sortir, même dans les plus mauvais moments, de sa torpeur et de se faire comprendre de lui. L'aphasie et l'hémiplégie persistent toujours, mais sont plus ou moins intenses suivant les périodes. Les réflexes tendineux et les réflexes cutanés explorés plusieurs fois chaque mois se sont toujours montrés normaux. Absence complète de céphalée et de nausées. Le traitement mercuriel est tour à tour interrompu et repris et je dois dire que les améliorations coïncident généralement avec les reprises de la médication. Dans cette période deux crises épileptiformes. En octobre le Dr J. Chaillous, sur notre demande, pratique un examen du fond de l'œil et constate une *névrite œdémateuse double*, coïncidant avec une diminution de l'acuité visuelle.

Le diagnostic de tumeur cérébrale me paraissant devoir s'imposer, après la constatation de l'œdème papillaire, je propose de nouveau une opération qui est différée pour des raisons indépendantes de ma volonté.

Plusieurs ponctions lombaires sont successivement pratiquées ; elles semblent atténuer les troubles et en particulier l'œdème papillaire. L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, fait après trois ou quatre de ces ponctions, donne un résultat absolument négatif.

D'octobre 1905 en mai 1906, l'état du malade subit les mêmes alternatives que par le passé et les symptômes restent les mêmes dans leurs traits essentiels, mais la faiblesse générale s'accroît ; la parole est lente et, outre la difficulté que le malade éprouve à trouver ses mots, il présente un mode d'articulation rappelant l'embarras de la paralysie générale ; les réflexes sont toujours normaux, l'hémiparésie avec raideur musculaire persiste et la marche, très difficile, est pourtant possible ; le malade peut, en s'aidant de sa canne, faire quelques pas : pas de céphalée, pas de nausées.

En mai, le docteur Chaillous constate d'une manière manifeste une augmentation de l'œdème papillaire et de la diminution de l'acuité visuelle.

Cette fois tous les médecins consultés sont d'accord avec moi pour conseiller l'opération, qui est acceptée par le malade et sa famille. Il est convenu avec le chirurgien qu'il fera un large volet pour mettre à nu les circonvolutions du côté gauche particulièrement au niveau des centres psycho-moteurs de la face et du membre supérieur et que l'opération sera faite en deux temps, à plusieurs jours de distance.

L'intervention a lieu en juin. Pendant l'opération, très habilement conduite d'ailleurs, le cœur fléchit plusieurs fois et le pouls devient imperceptible.

La dure-mère mise à nu, on constate que dans la région visée elle a un autre aspect que dans les parties périphériques et à la palpation l'opérateur a l'impression qu'il y a une tumeur dans cette région.

Pour éviter une nouvelle chloroformisation à laquelle il attribue pour une part les syncopes sus-mentionnées, et en raison des conditions qui lui paraissent rendre facile l'extraction de la tumeur, le chirurgien procède à cette deuxième phase de l'opération. La dure-mère étant incisée autour de la partie qui semble malade, il constate qu'il existe effectivement un gros néoplasme adhérent à la dure-mère, et il en pratique l'énucléation avec la plus grande facilité, car cette tumeur n'adhère nullement à la substance cérébrale. — La tumeur pèse 310 grammes. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un myxosarcome.

Immédiatement après l'opération, il y a une nouvelle syncope, et, malgré tous les moyens employés, le malade succombe.

## OBSERVATION XII

(DEMANGE ET SPILLMANN. — *Presse médicale*, 1899, n° 11, p. 65.)

N..., dix-sept ans. Antécédents héréditaires tuberculeux, entre le 5 janvier 1898.

En octobre 1896, la malade a eu plusieurs attaques convulsives au cours desquelles elle perdait complètement connaissance. La crise débutait par une sensation d'engourdissement du côté gauche, suivie de convulsions du bras et de la jambe du même côté.

Pendant une de ces attaques, la malade se serait mordu la langue. A son réveil elle reprenait conscience de tous les faits qui avaient précédé la crise.

Au mois de juin de la même année, les convulsions persistent, s'accompagnant d'aphasie passagère sans perte de connaissance.

Au mois d'octobre survint de l'hémi-parésie du côté gauche, puis hémiplégie complète.

Deux mois plus tard, les membres paralysés présentèrent des phénomènes de contracture.

Pendant 1897, l'état de la malade reste stationnaire.  
*Jamais de céphalée.*

*Examen clinique.* — Hémiplégie gauche totale ; paralysie faciale gauche sans contracture ; pas de déviation du nez, ni de la langue ; légère déviation de la bouche en haut et à droite.

Le membre supérieur gauche est contracturé, collé au corps ; si on lui imprime un mouvement brusque, il est agité quelques minutes de tremblements rapides et étendus. Impotence fonctionnelle absolue. Atrophie musculaire très prononcée.

Le membre inférieur gauche est également contracturé, mais à un degré moindre.

La malade marche avec difficulté et steppe de la jambe gauche.

Réflexes exagérés. Clonus du pied. De temps en temps léger tremblement.

Troubles de la sensibilité musculaire.

Hémi-anesthésie gauche.

Parole légèrement tremblée, saccadée.

Acuité visuelle diminuée à gauche. Diplopie. Parfois strabisme interne de l'œil gauche.

*Pas de céphalée.* Anesthésie pharyngée.

Intelligence nette. Mémoire conservée.

Rien d'anormal à l'auscultation du thorax.

En mars, on constate de la *névro-rétinite* avec atrophie papillaire de l'œil gauche.

En avril, névrite œdémateuse de l'œil droit.

En mai, nystagmus ; cécité complète. Pas de douleurs. Les jours suivants, la malade paraît inconsciente de tout ce qui se passe autour d'elle.

Le 15 mai, coma, mort le 23, sans avoir repris connaissance.

*Autopsie.* — Quelques granulations tuberculeuses des poumons.

Tubercule du volume d'une noisette siégeant au milieu de la couche optique droite et touchant par sa périphérie au bras postérieur de la capsule blanche interne.

*Moelle.* — Dégénérescence du faisceau pyramidal dans la partie inférieure de la région dorsale.

### OBSERVATION XIII. (Résumée)

(SYME. — *Australia med. Journ.*, 1895, p. 60.)

Homme, vingt-neuf ans. Le 12 août 1893, attaque commençant par une sorte d'engourdissement de la langue et du côté droit de la face, puis perte de connaissance, convulsions du côté droit, puis de tout le corps. Le lendemain le malade avait de la peine à parler, sa face était déviée vers la gauche. Trois semaines après on constate une paralysie complète du côté droit de la face et de la langue. Un peu de gêne

de la parole. Pas de syphilis ni tuberculose, cependant traitement antisyphilitique. Depuis, toutes les trois ou quatre semaines, attaques analogues à la première, quelquefois sans perte de connaissance. En octobre 1894, aphasie complète, bras droit parésié; il est survenu de la céphalée localisée à la région pariétale gauche, *un peu de dilatation des veines rétiniennes*.

Le 22 octobre, rabattement d'un lambeau en fer à cheval; l'ablation d'une couronne de trépan au niveau du centre de la face fit saillir la dure-mère, refoulée par une tumeur.

L'excision de la méninge à un huitième de pouce du bord de l'orifice fut agrandie à la pince emporte-pièce et par une nouvelle couronne de un pouce. La tumeur devint tout entière visible, elle était adhérente à la dure-mère dont elle paraissait partir, était encapsulée et très aisément séparable de la substance cérébrale. Elle en fut détachée avec les doigts et un élévateur, ce qui laissa une cavité correspondant à la partie inférieure de Fa et à la partie postérieure de F<sup>1</sup> et F<sup>3</sup>. Elle avait le volume du poing et pesait 2 onces 1/2. Lavage de la loge, tamponnement à la gaze iodoformée. Suture à peu près complète.

Dans les jours suivants, légère hernie cérébrale.

Amélioration rapide, quatre semaines après l'opération, le malade quitta l'hôpital. Il s'est plaint d'avoir de temps en temps quelques crampes dans le côté droit de la face avec sensation de gêne dans le pouce, le premier et le deuxième doigt de la main droite. Ces symptômes ont disparu aujourd'hui, quatre mois après l'opération. La parole est solide, la marche parfaite. Il n'y a ni attaques ni douleur. Pas de traces de récidive.

#### OBSERVATION XIV (Résumée)

(WALTON. — *American Neurolog. Assoc.*, mai 1900.)

Un homme déjà âgé eut des convulsions de l'avant-bras gauche suivies de paralysie atteignant graduellement le bras tout entier et la jambe, non suivie de contracture. Ces accidents existaient depuis six mois déjà, mais il n'y avait eu ni maux de tête, ni vomissement, ni névrite optique.

Les D<sup>rs</sup> Keen et Peterson furent consultés par lettre : le premier diagnostiqua une tumeur et proposa une opération ; le second regarda le cas comme dû à une thrombose et estima l'opération injustifiée. Les D<sup>rs</sup> Richardson et Walton acceptèrent le diagnostic de tumeur et admirèrent une intervention exploratrice, sans grande confiance d'ailleurs dans ce diagnostic et dans le résultat de l'opération. A ce moment survinrent des frissons, de l'agitation et de la fièvre et la *névrite optique* fit son apparition. En raison du caractère terminal de ces symptômes toute idée d'opération fut abandonnée, mais la névrite optique est favorable au diagnostic de tumeur, probablement gliome diffus.

#### OBSERVATION XV (Résumée)

(MUIRA. — *Mittheilungen der Med. Facult. zu Tokio*, 1898.)

Homme de vingt et un ans, chez qui le début se fit par un tremblement des extrémités du côté droit ; plus tard épilepsie jacksonnienne généralisée, hémiparésie, hémianesthésie. *Pas de céphalée.*

Rétrécissement concentrique du champ visuel, *légère névrite optique*. Mort par béribéri.

*Autopsie.* — Volumineux gliome englobant presque tout le thalamus gauche et un peu le tubercule quadrijumeau antérieur gauche.

#### OBSERVATION XVI (Résumée)

(WEST. — *Brain*, 1895.)

Garçon de seize ans.

Engourdissement du bras gauche et du côté gauche de la face avec dysesthésie très marquée.

Troubles du même ordre, mais très légers dans le membre inférieur gauche.

Tardivement perte de la vue par *névrite optique* double.

Aggravation soudaine et abolition de l'audition à droite.

*Autopsie.* — Tumeur du volume d'une noisette dans la substance blanche à la face externe du noyau lenticulaire.

#### OBSERVATION XVII (Inédite)

(Recueillie dans le service du Dr Babinski.)

Gustave B..., quarante-cinq ans.

Antécédents inconnus.

La maladie actuelle a débuté au mois de septembre 1905 par des troubles mentaux : affaiblissement intellectuel, troubles de la mémoire, apathie. Un médecin consulté a pensé à un *ramollissement cérébral* à l'état latent.

Il vient à la consultation du Dr Babinski le 8 novem-

bre 1905. Il se plaint de vertiges, de bourdonnements d'oreilles : la résistance au courant galvanique est augmentée, la tête tourne seulement à droite.

Il dit avoir vu double quelque temps auparavant ; en même temps sa vue se serait affaiblie ; mais l'examen oculaire ne montre rien d'anormal.

Pour soulager ses vertiges, on pratique une ponction lombaire : l'examen cytologique en est négatif.

19 décembre. — A la suite de la ponction, les vertiges et les bourdonnements d'oreilles ont été très améliorés. La résistance au vertige voltaïque a diminué. En même temps les troubles mentaux auraient disparu.

23 février 1906. — Après une période d'accalmie, les vertiges et les troubles mentaux ont reparu. En outre le malade se plaint d'un brouillard devant les yeux et d'une diminution de l'acuité visuelle d'ailleurs très irrégulière : de temps en temps la vue est normale, tandis qu'à d'autres moments il voit à peine.

A l'examen ophtalmoscopique, on constate un *œdème très accusé des deux papilles* qui sont grisâtres. Les veines sont dilatées et sinucuses, les artères rétrécies. Les bords des papilles sont cachées sous l'œdème. A droite quelques petites taches hémorragiques.

16 mars. — Même état. Malgré le caractère très net de la névrite œdémateuse, le malade n'accuse aucune douleur de tête, il n'a jamais vomi.

26 avril. — Diminution notable de la vision. Une ponction lombaire n'amène aucune modification.

15 février 1907. — Le malade entré à l'hôpital depuis quelques mois y est toujours alité : il est somnolent, et mène une

vie purement végétative. La vision a diminué au point qu'il ne voit même plus la lumière.

Les papilles sont blanches, forment une saillie assez marquée; les vaisseaux sont très contournés.

Il a eu ces jours-ci, un petit ictus qui n'a pas modifié son état.

26 mars 1907. — Mort par pneumonie.

*Autopsie.* — Dans la moitié droite du cervelet, on trouve une poche kystique du volume d'une grosse noix remplie de liquide citrin ayant refoulé la moitié correspondante de la protubérance au niveau de laquelle les méninges sont épaissies, rugueuses et en partie adhérentes au rocher qui est lui-même creusé et irrégulier.

#### OBSERVATION XVIII (Résumée)

(ТНОМА d'Illenau. — *Congrès de la Soc. Psychiatrique du Sud-Ouest de l'Allemagne*, 1895.)

Homme de cinquante-deux ans qui, quatre mois après son admission présenta quelques attaques syncopales avec dépression et amnésie. A l'asile le malade présenta de l'affaiblissement intellectuel, une absence totale d'énergie, une diminution notable de la mémoire. Comme cette amnésie était variable, qu'elle faisait défaut quand le malade parlait d'affaires générales, qu'elle reparaisait quand il s'agissait d'affaires personnelles, et que le patient avait des raisons de simuler, on pensa à une simulation possible. D'ailleurs on relevait en outre quelques traits de caractère hystérique.

Plus tard les troubles s'accrochèrent : démence progres-

sive, gâtisme, puis hémiparésie droite, *vertiges*, *comissements*, perte de l'équilibre, état comateux, mort.

*Autopsie.* — Tumeur sphérique comme un petit œuf, dur, fibro-sarcome né de la dure-mère au niveau du trou ovale gauche et ayant envahi la substance blanche du lobe-temporal.

## OBSERVATION XIX

THOMA. — (*Ibidem.*)

Femme de cinquante-huit ans, entrée à deux reprises à l'asile pour accès de mélancolie. Trois semaines avant l'entrée, la malade se plaint d'abattement, s'accuse elle-même, manifeste des idées d'empoisonnement.

A l'asile, somnolence, puis état fébrile, enfin *stupeur* et troubles paralytiques avec contracture du côté droit. *Amaurose* à droite. Mort.

*Autopsie.* — Gliosarcome de la grosseur d'une pomme, dans la substance blanche du lobe occipital.

## OBSERVATION XX (Résumée)

(VÆGELIN, de Friburg en Brisgau. — *Allgemeine Zeits. für Psychiatrie*, 3 nov. 1897.)

Une femme de trente-six ans est atteinte depuis 1886 de délire systématisé religieux avec affaiblissement intellectuel progressif ; la dépression mélancolique devient (1893) peu à peu le symptôme prédominant et les idées mystiques (état de grâce) d'abord bien marquées s'effacent. Enfin après

plusieurs *vertiges et attaques syncopales*, apparaissent dans les derniers mois des accès épileptiques francs. Marasme mélancolique, profonde déchéance intellectuelle. Mort par pneumonie lobaire avec hypothermie (1896).

*Autopsie.* — Tumeur de l'hypophyse grosse comme un œuf de poule ayant comprimé les circonvolutions voisines et déterminé en particulier une perte de substance du lobe frontal gauche. Il existe en outre une atrophie cérébrale marquée, surtout des lobes frontal et occipital.

### III. — TUMEURS SANS CÉPHALÉE NI SYNDROME (1).

#### OBSERVATION XXI (Inédite)

(Recueillie dans le service du D<sup>r</sup> Babinski.)

B..., vingt-huit ans, journalier.

Depuis plusieurs mois le malade est faible du côté gauche : il vient un matin consulter le D<sup>r</sup> Babinski pour cette hémiparésie.

*Examen.* — Faiblesse du côté gauche.

Réflexes tendineux normaux ; flexion du gros orteil.

Le malade n'a jamais eu de céphalée, ni de vomissements.

Pas de syphilis dans les antécédents.

Une ponction lombaire est pratiquée le même jour ; on laisse écouler lentement 10 centimètres cubes environ de liquide céphalo-rachidien ; l'examen cytologique y montre des lymphocytes. Deux heures après la ponction, ictus apoplectique. Mort quelques heures après.

A l'autopsie, on trouve un gliome du volume d'une noix siégeant dans le centre ovale sous les circonvolutions rolandiques droites. A l'intérieur du gliome on trouve une hémor-

---

1. Nous n'avons pas rapporté ici d'observations de tumeurs ne s'étant manifestées durant toute leur évolution que par de l'épilepsie en apparence essentielle ; non plus que des tumeurs absolument latentes.

ragie récente. L'examen ophtalmoscopique n'a pas été pratiqué.

### OBSERVATION XXII (Inédite) (1)

Homme de cinquante ans, entré au mois d'août 1906 dans le service du D<sup>r</sup> Babinski, évacué d'un service de chirurgie.

Il présente une hémiplégie organique du côté gauche, complète (contracture, exagération des réflexes tendineux, signe de Babinski). Elle ne s'accompagne pas de signes grossiers qui permettent de dire avec précision le siège exact de la lésion et sa nature. (D'ailleurs le malade, entré pendant la période des vacances, n'est pas examiné à fond.)

Il reste six semaines alité dans le service du D<sup>r</sup> Babinski et meurt d'une pneumonie.

*Autopsie.* — Tumeur du volume d'une grosse noix à cheval sur le sillon de Rolando droit et détruisant les deux tiers inférieurs des frontale et pariétale ascendantes. Cette tumeur adhère légèrement à la dure-mère ; elle est comme incluse dans la substance cérébrale. Elle n'y adhère que d'une façon très légère. Elle est en effet séparée du tissu sain par une bande de ramollissement de 2 millimètres d'épaisseur.

A la coupe cette tumeur présente un bloc caséifié parcouru par d'épaisses bandes conjonctives. Il paraît s'agir d'un tubercule solitaire.

La protubérance et la moelle, traités par le Marchi, mon-

---

1. Je remercie mon collègue et ami Clovis VINCENT qui a bien voulu me communiquer cette observation.

trent dans le faisceau pyramidal les granulations noires caractéristiques.

### OBSERVATION XXIII

(CESTAN. — Société anatomique, février 1899.)

Femme de cinquante-six ans, admise dans les divisions de la Salpêtrière, pour une hémiplegie droite avec aphasie, survenue progressivement deux ans auparavant. Hémiplegie droite avec bras en demi-flexion.

Réflexes exagérés.

Aphasie.

Accès d'épilepsie jacksonnienne limités au côté droit.

La malade est malheureusement dans le quartier des gâteuses ; on se borne à un examen sommaire et on porte le diagnostic d'hémiplegie organique cérébrale droite due à une artérite oblitérante.

Mort en janvier 1898 de broncho-pneumonie.

*Autopsie.* — On trouve une tumeur fibreuse, dure, attachée à la dure-mère par un pédicule assez large. Cette tumeur, de la grosseur d'une mandarine, volumineuse et pesant 170 grammes, s'était creusé une loge dans la zone rolandique gauche et était facilement énucléable.

Histologiquement la tumeur est un fibrome de la dure-mère.

Nous avons été surpris en constatant *l'intégrité à peu près complète de la voie pyramidale.*

## OBSERVATION XXIV

(BRAULT et LÉGER. — *Arch. gén. de méd.*, mars 1900.)

B..., quarante-neuf ans, entre à l'hôpital Tenon le 21 avril 1899.

On ne possède aucun renseignement sur ses antécédents. On sait seulement qu'au mois d'août 1898 elle fut subitement atteinte d'hémiplégie droite et d'aphasie. Depuis ce temps la malade a repris peu à peu l'usage de son membre inférieur droit, non de son bras. Elle présente encore des troubles de la parole.

À l'examen on constate une déviation marquée de la face à gauche. Le membre supérieur droit est contracturé surtout au bras. La jambe droite est simplement parésiée. Réflexes normaux.

La malade a perdu presque absolument la mémoire, mais il n'y a qu'un léger degré de confusion mentale.

Le coma apparaît avec mort dans l'hyperthermie le 7 mai.

*Autopsie.* — Glio-sarcome qui a détruit le pied de F de F<sup>a</sup> et l'origine de F<sup>2</sup>.

## OBSERVATION XXV (Résumée)

(DEVIC et PAVIOT. — *Revue de Médecine*, 1897.)

D..., entré le 30 mai 1891.

Crises d'épilepsie franche. Chute, perte de connaissance complète, morsure de la langue, écume à la bouche. La crise est suivie de sommeil stertoreux.

Ces crises ont débuté à quarante et un an, en 1885, et reviennent une fois par mois jusqu'en 1888. Puis les crises augmentent d'intensité et de nombre atteignant 41 crises et 15 vertiges diurnes, 25 crises et 13 vertiges nocturnes le 28 décembre. A ce moment on constate dans l'intervalle des crises une hémiplegie gauche nette, très complète au membre inférieur. Mort le 20 décembre dans le coma.

*Autopsie.* — Gliome du corps calleux ayant envahi les circonvolutions adjacentes de la face interne de l'hémisphère droit, jusqu'à son bord supérieur et ayant filé dans la moitié supérieure du centre ovale de tout le lobe frontal du même côté, foyer apoplectique en plein gliome au niveau du lobule paracentral droit.

A gauche extension de la tumeur seulement à la corticalité de la circonvolution du corps calleux.

#### OBSERVATION XXVI (Résumée)

(SALERNI. — *Riforma medica*, 16 septembre 1905.)

Villageoise, âgée de trente ans, venue à l'hôpital pour pelagre et troubles hystéro-épileptiques. Elle est déprimée par des phénomènes cataleptiques et convulsifs; elle a des hallucinations terrifiantes, un appétit perverti, de la tendance au suicide.

*Examen à l'entrée.* — Asymétrie faciale très nette, la moitié droite du visage est aplatie, la paupière et tirée en bas et hyperémée, un peu de lagophtalmie. Sensibilité diminuée à droite. Réaction de dégénérescence. On ne peut trouver aucune cause récente ou ancienne à cette paralysie fa-

aciale périphérique ; elle existe depuis longtemps, progressant et regressant sans avoir jamais déterminé de douleurs.

Aucun autre phénomène anormal du côté du système nerveux. Mobilité et force normales. La malade souffrait de gastro-entérite chronique et d'accès convulsifs à caractère hystéro-épileptiques. Ces accès avaient apparu sept ans auparavant : à la suite d'une affection méningée, la malade avait eu des phénomènes de catalepsie transitoire. Les crises se renouvelèrent en même temps que les accidents pellagres : elles étaient caractérisées par des convulsions toniques puis cloniques localisées spécialement à la moitié droite du corps et au bras correspondant qui était violemment fléchi.

Les troubles gastro-intestinaux de l'infection pellagreuse font des progrès. Puis se forme un foyer de broncho-pneumonie qui emporte la malade.

La paralysie faciale était alors à son maximum ; on n'avait jamais noté de phénomène de compression cérébrale.

*Autopsie.* — Anémie des méninges.

A la base du cerveau, au niveau du pédoncule cérébral, on aperçoit un corps ovale de la grosseur d'un œuf de poule.

Par rapport à la base du crâne, la tumeur est située à la partie antérieure de la fosse cérébelleuse droite.

Histologiquement il s'agit d'un fibrome.

## OBSERVATION XXVII

(KLIPPEL et JARVIS. — *Revue Neurologique*, 1901, p. 1027.)

Le malade dont nous vous présentons le cerveau droit est

mort le 21 octobre 1901, âgé de soixante-dix-sept ans, à l'hospice Debrousse, où il avait été admis le 13 octobre 1898.

On ne relève rien dans ses antécédents héréditaires ni personnels et les phénomènes morbides qu'il a présentés durant la vie ont fait leur apparition peu après un accident survenu le 15 avril 1894.

A cette date le malade a été frappé par le timon d'une voiture qui lui a fracturé trois côtes à gauche : de plus, violemment renversé sur le trottoir, il a eu l'épaule gauche brisée avec une plaie contuse de la région pariétale du même côté. Après trente-deux jours de traitement il a pu rentrer chez lui.

Le 23 juin il a reçu la visite d'un médecin qui a constaté que les fractures de côtes étaient consolidées et que la plaie de tête était bien cicatrisée. Mais les mouvements d'élévation et d'extension du bras gauche étaient difficiles et limités. De plus, le malade se plaignait de douleurs dans les membres inférieurs et il éprouvait de la difficulté dans la marche.

L'année suivante les symptômes s'étaient aggravés. Dans le bras et la jambe étaient apparus des élancements et des fourmillements. Le malade se plaignait en outre d'étouffements et d'une douleur dans le côté gauche de la poitrine au niveau de l'ancienne fracture de côtes. Ces symptômes se manifestaient d'une façon intense sous forme de crises douloureuses. A partir de juillet 1896 ces crises eurent lieu presque journellement sans amélioration malgré tous les traitements prescrits.

La faiblesse allant en augmentant avec la fréquence des crises qui se reproduisent trois et quatre fois par jour, le

malade se décide à rentrer à l'hôpital où après une période d'observation de deux mois, on porte le diagnostic d'*hystéro-traumatisme*, faisant ainsi de ces symptômes la conséquence de l'accident :

Les crises étaient caractérisées de la façon suivante :

Le début était marqué par un fourmillement dans le bras et la jambe gauches : ce fourmillement allait en augmentant et il se produisait ensuite un tremblement débutant dans le pied, s'étendant à la jambe, au bras, au cou et au côté gauche de la face, la paupière supérieure se contractant violemment, au tremblement succédait dans ces mêmes parties la contraction qui durait quelques minutes.

Les mêmes phénomènes s'observaient au niveau des muscles du thorax du côté gauche ; le cœur battait violemment et irrégulièrement et quelquefois, au cours de ces crises, se produisaient des *hémorragies pulmonaires*. Puis le malade tombait dans une prostration complète pendant quelques heures. La marche était très difficile : le malade n'osait pas sortir, les crises le prenant subitement.

Tel était l'état du malade à la date du 25 juin 1898.

Le 20 avril 1899 le malade est examiné à nouveau, on constate les faits suivants :

La marche qui était difficile est devenue impossible sans béquilles, à cause de la faiblesse de la jambe gauche, des fourmillements et des contractures qui ont augmenté de ce côté.

Une complication nouvelle s'est produite, les jambes sont oedématiées et douloureuses.

La main gauche est maintenant agitée d'un tremblement continuel, les crises nerveuses deviennent de plus en plus

fréquentes. La contraction s'est manifestée à la bouche pendant les crises et le tremblement est devenu tellement violent que le malade ne peut se servir de la main gauche.

La sensibilité et conservée.

A l'auscultation du cœur, on constate des intermittences. Le système vasculaire paraît indemne d'artério-sclérose.

Le diagnostic d'hystéro-traumatisme est maintenu par le médecin traitant.

Depuis son entrée à Debrousse, le malade présentait des crises semblables aux précédentes, mais se reproduisant à des intervalles beaucoup plus grands. Le malade marchait en s'appuyant sur une canne, la jambe gauche était un peu raide, mais la demi-flexion était assez facilement obtenue, le membre supérieur contracturé du même côté s'élevait, non sans difficulté d'ailleurs, jusqu'à la hauteur de la tête; les mouvements étaient très maladroits.

Au mois de février dernier, le malade a fait une chute à la suite de laquelle on constate une hémip légie complète des membres du côté gauche: cependant la langue n'est pas atteinte d'une façon sensible et si parfois le malade a de la gêne de la parole ce fait est dû uniquement à la sécheresse de la bouche: celle-ci étant humectée la parole redevient facile et parfaitement intelligible.

Si l'on cherche à mouvoir le membre supérieur, on éprouve une très notable résistance et cette manœuvre réveille une assez vive douleur. De plus, dès que l'avant-bras a quitté le plan du lit tout le membre est affecté d'un tremblement accompagné de véritables soubresauts dans l'ensemble des muscles du membre. Ces convulsions fasciculaires sont une sorte de chorée plutôt qu'un tremblement. Le phénomène a

lieu par la percussion des os. Cette convulsion diffuse est distincte du réflexe tendineux qu'on observe chez les hémiplegiques avec dégénérescence du faisceau pyramidal.

Les réflexes tendineux sont abolis au membre supérieur et probablement au membre inférieur, mais l'examen de ce dernier est rendu difficile par ce fait que les tentatives de flexion réveillent une vive douleur au niveau du genou tuméfié : le membre est fixé dans un léger degré de flexion, et si l'on cherche à l'étendre on est bientôt arrêté et l'on sent les muscles de la région postérieure tendus et durs. Pas de clonus du pied.

La sensibilité est absolument intacte, tant la sensibilité tactile, que la sensibilité thermique, mais le malade se plaint de vives douleurs névralgiques sillonnant le membre inférieur gauche et partant du talon. Pas de troubles sensoriels.

L'examen des membres révèle des deux côtés une amyotrophie assez marquée ; au niveau du genou gauche, on note une tuméfaction globuleuse, dure, douloureuse : la peau qui la recouvre a conservé sa coloration normale. Il s'est développé une eschare au talon du côté gauche : elle a été produite par le contact d'une gouttière dans laquelle on avait placé la jambe. Cette eschare siège sur la face postérieure du talon et empiète sur sa face interne ; elle a les dimensions d'une pièce de cinq francs, très profonde, à fond noir grisâtre, à contour arrondi et régulier.

Le malade a également présenté de l'œdème survenu sans cause apparente et qui s'est manifesté simultanément à la main gauche et au pied droit : il n'a persisté qu'une semaine environ.

Au cours de ses crises, le malade a eu plusieurs fois des

hémoptysies : chaque fois ce trouble vaso-moteur pulmonaire a coïncidé avec l'attaque jacksonnienne et est apparu en l'absence de toute autre cause.

L'intelligence est conservée dans son intégrité.

Aux poumons quelques râles sous-crépitants fins aux deux bases : cœur normal ; pouls régulier, pas d'artério-sclérose.

Urines claires, légèrement albumineuses.

Etat général assez satisfaisant ; le malade se nourrit bien.

Cet état de chose a persisté jusqu'en septembre ; on note cependant que le malade s'affaiblit de plus en plus.

Le 24 septembre, s'est produite la dernière crise qui a été aussi la plus forte. On voit tout à coup la main gauche s'agiter très vivement et le malade crie qu'on lui serre le poignet pour arrêter la crise. Le mouvement convulsif s'étend au membre inférieur puis au membre supérieur, enfin à sa face qui est tiraillée du côté paralysé : les yeux sont tournés en haut et à gauche ; les masséters sont contracturés et l'on ne peut arriver à faire desserrer les dents. Enfin il se produit une hémoptysie.

A cette crise succède une agitation insolite et du subdélire : pas d'ascension thermique. Température 36°8 constamment.

Les jours suivants, on remarque un tremblement assez marqué du côté droit (côté sain). Le délire a persisté : c'est un délire tranquille, sans périodes d'agitation.

Le lundi 14 octobre la scène change : le malade toujours délirant est très agité ; il parle avec volubilité, d'une manière d'ailleurs inintelligible ; on remarque cependant que le même mot revient fréquemment. Par instants il réclame avec insistance un membre de sa famille. Fait sans précédent dans son histoire, il refuse absolument de manger ; désormais jusqu'à

sa mort, il sera impossible de lui faire avaler quoique que ce soit ; il y a un léger trismus et l'on a beaucoup de peine à faire desserrer les dents. Lorsqu'on a réussi à faire pénétrer une cuillerée de liquide dans la bouche du malade, il la garde un instant, puis la rejette sur les draps : il paraît ne pas pouvoir avaler et de temps en temps il porte la main à la gorge, comme pour lever un obstacle.

Il fait sous lui continuellement et ne garde pas les lavements nutritifs qu'on lui donne ; il est d'ailleurs absolument inconscient de ses évacuations.

La température se maintient à 36° 5, le pouls est plein, un peu irrégulier.

Depuis la dernière crise, il se passe au niveau de la cuisse un intéressant phénomène vaso-moteur. En arrière du grand trochanter entre lui et l'eschare préexistante, on voit apparaître une zone de rougeur, arrondie, du diamètre d'une pièce de 5 francs. Cette rougeur persiste deux ou trois jours, puis disparaît pour reparaitre peu après. Ce phénomène se reproduit trois fois, mais, la troisième fois, au moment où la rougeur disparaît, il se détache une sorte de pellicule blanchâtre, au-dessous de laquelle reparait la peau qui est saine.

Le sensibilité est très obtuse. Le bras droit est animé de mouvements continuels, désordonnés, le malade rejette constamment ses couvertures, si bien qu'on est obligé d'immobiliser la main. Le bras gauche est immobilisé, contracturé.

Le vendredi 18 octobre: apparaît une très abondante diarrhée noirâtre et fétide qui persiste jusqu'à la mort du malade survenue le lundi 21 octobre. Il existe du ptosis marqué de la paupière droite.

L'eschare fessière qui est en bonne voie de cicatrisation quand la dernière crise s'est produite, s'est rouverte depuis ; le samedi 19 octobre on constate qu'elle est largement béante permettant l'introduction de l'index : il existe là un trou très profond qui au moindre mouvement du malade saigne très abondamment.

Le dimanche 20, le malade a repris connaissance, il est très faible et malgré ses efforts il ne peut articuler les paroles. Quand on lui demande où il souffre, il indique l'estomac, puis sa main se porte à sa gorge, il semble indiquer qu'il ne peut avaler et, de fait toute tentative reste infructueuse ; le malade n'avalant pas le liquide qu'il reçoit cependant volontiers dans la bouche.

Le lundi 21 la faiblesse augmente, la respiration est imperceptible et à une heure et demie la mort survient.

*Autopsie.* — Asymétrie des deux hémisphères. A la partie supérieure du cerveau droit, tumeur ovalaire de 7 centimètres sur 2, occupant la partie postérieure de la première circonvolution frontale, la partie supérieure des frontale et pariétale ascendantes, la totalité du lobule paracentral.

Pas de lésions macroscopiques de la moelle, pas de dégénérescence du faisceau pyramidal.

#### OBSERVATION XXVIII (Résumée)

(ALLEN STARR. — *New-York Neurolog. Society*, nov. 1901.)

Allen Starr vit en consultation un malade qui présentait de la diplopie et de la paralysie de plusieurs muscles oculaires. Le malade avait aussi une anesthésie d'un côté de la

face et avait la parole observée dans la paralysie bulbaire, avec une ataxie marquée.

En l'absence de céphalée et de névrite optique, il inclina vers le diagnostic de *ramollissement cérébral*.

L'autopsie montra un gliome infiltré.

### OBSERVATION XXIX

(PATRICK. — *J. of mental and nervous Disease*, 1900, p. 172.)

Malade qui pendant la vie présenta les principaux symptômes de la paralysie générale, mais avait en outre une faiblesse très marquée du bras droit. Comme il n'avait *jamais eu de maux de tête, de vomissements ou de névrite optique*, on exclut le diagnostic de tumeur, et comme il avait contracté la syphilis neuf ans auparavant, on pensa à la syphilis cérébrale, probablement artérite ou thrombose dans le centre du bras.

Finalement le malade a une attaque d'apoplexie qui le laisse complètement paralysé et aphasique, puis trois semaines après, une seconde attaque dont il meurt trois jours après.

*Autopsie.* — On trouve un gliome sous-cortical, du volume d'un œuf de poule occupant le centre ovale vers le milieu de la circonvolution centrale postérieure qui était atrophiée.

### OBSERVATION XXX

(DEPAGE et MAYER. — Congrès français de Chirurgie, 1903.)

Henri M..., cinquante et un ans, comptable.

Début de la maladie il y a dix-huit mois, par une petite

tumeur du volume d'une noisette au niveau de la région pariétale droite. Cette tumeur s'est développée d'une façon insensible, sans provoquer jamais ni douleurs, ni gêne quelconque dans les fonctions.

Une incision exploratrice fut pratiquée par le Dr Vinel qui, voyant qu'il s'agissait d'un fungus de la dure-mère, tamponna la plaie et plaça quelques points de suture.

*Examen du malade.* — Actuellement on constate, au niveau de la région pariétale droite, une tumeur plutôt aplatie, se continuant insensiblement avec la peau du crâne. Cette tumeur est molle, offrant quelques filaments durs et par places, une fluctuation des plus manifestes. Elle est indolore à la pression, non réductible.

Du côté du système nerveux il n'existe aucun trouble intellectuel, ni moteur, ni sensitif. La vue est normale ; l'examen ophtalmoscopique ne dénote rien de particulier.

*Opération.* — Ablation de la tumeur qui laisse une vaste brèche très étendue au fond de laquelle bat le cerveau. On peut dire que tout le côté gauche du cerveau était atrophié et cela sans que le malade eût jamais présenté le moindre trouble cérébral, d'ordre intellectuel, moteur ou sensitif.

## OBSERVATION XXXI

(BRULÉ. — *Société anatomique*, 27 mai 1904.)

Malade de trente-trois ans, opéré en mars 1904 de kyste hydatique du foie. Il persiste d'ailleurs une légère fistule biliaire.

Six jours après l'opération, à la suite d'un ictus, apparaît une hémiparésie droite qui reste stationnaire malgré l'élec-

trisation et les massages. C'est pour cette hémiparésie que le malade entre à l'hôpital Saint-Louis le 2 mai 1904.

*Examen.* — Diminution notable de la motilité du côté droit, diminution considérable de la force musculaire du bras et de la jambe droite.

Le malade marche mal, en fauchant.

Légère paralysie du facial inférieur, surtout sensible quand on fait siffler le malade.

Réflexe rotulien exagéré à droite.

Pas de clonus, pas de signe de Babinski.

Le malade présente quelques troubles de la parole, il prononce bien, mais parfois ne trouve pas ses mots et en particulier les substantifs.

*Ni troubles de la vue, ni vomissements, ni céphalée.*

Rien au cœur, tuberculose du sommet gauche.

Pas de syphilis ; traitement antisypilitique intensif sans amélioration.

L'hémiparésie persiste, les troubles de la parole augmentent.

Le 13 mai, le malade a un léger ictus et tombe brusquement sans perdre connaissance.

Le 16 éclate dans la nuit une série de crises convulsives, le malade se débat fortement, il y a même morsure de la langue et incontinence d'urine. Le matin on le trouve plongé dans la stupeur, ne répondant plus aux questions. Ces crises convulsives se répètent les jours suivants et prennent le caractère bravais-jacksonien. Les mouvements convulsifs sont localisés au côté droit, ils prédominent à la face et au membre supérieur, mais atteignent aussi le membre inférieur.

Les crises augmentent de fréquence et dans les derniers jours sont presque subintrantes. Dans l'intervalle, le malade reste prostré et immobile, ne parlant plus, il perd sous lui ses matières et ses urines mais ne vomit pas.

La mort survient le 21 au milieu de symptômes asphyxiques.

*Autopsie.* — Sur la face interne de l'hémisphère gauche bombant sous la scissure inter-hémisphérique, on aperçoit une volumineuse tumeur, c'est une vésicule kystique à membrane transparente et mince, remplie d'un liquide clair comme de l'eau ; elle est sphérique, de la grosseur d'un œuf de poule.

## OBSERVATION XXXII

(BERDEZ. — *Revue médicale de la Suisse Romande*,  
nov. 1906.)

M. X..., quarante-huit ans, négociant à Smyrne, qui souffre depuis plusieurs années de troubles dyspeptiques, a présenté en octobre 1905 et sans autres prodromes, une première attaque de convulsions cloniques localisées dans le bras droit. Cette crise a duré quatre à cinq minutes et dès lors s'est renouvelée toujours la même, tous les trois ou quatre jours environ.

A partir du milieu de janvier 1906, les crises manifestent une tendance à s'aggraver ; elles s'accompagnent de mouvements involontaires dans les muscles du cou et dans ceux de la jambe droite ; depuis la même époque les doigts ont perdu de leur agilité ; M. X... ne peut plus serrer le poing

ou étendre complètement les doigts. Les muscles qui avaient été le siège de convulsions, étaient d'abord simplement fatigués pendant quelques heures, mais peu à peu une parésie permanente s'est établie. Le patient a encore observé des fourmillements et un certain degré d'hypoesthésie à l'avant-bras et à la main du côté droit, mais ces troubles sensitifs n'étaient pas durables, il disparaissaient déjà quelques instants après l'attaque.

Le 3 février 1906, jour où le malade s'est présenté chez nous pour la première fois, les symptômes essentiels d'une tumeur, les éléments du syndrome font absolument défaut. Le pouls est à 76, il n'y a *pas d'œdème de la papille*, les pupilles se comportent normalement. Le champ visuel n'est pas rétréci. Il y a bien eu de temps en temps des vomissements dans le cours des dernières années, mais ces vomissements n'avaient pas présenté les caractères cérébraux, bien au contraire, ils avaient été laborieux, s'étaient accompagnés d'un état saburral de la langue et de troubles dyspeptiques ; ils avaient disparu à la suite d'une cure faite l'été précédent dans une clinique pour maladies gastriques à Zurich. *Il n'a jamais été question de céphalée ni de vertiges* ; l'intelligence est vive comme autrefois, les convulsions n'ont laissé de traces objectives que sous la forme d'un état parétique du reste peu accusé de l'extrémité supérieure droite, le deltoïde a quelque peine à soulever le bras, les mouvements du poignet et des doigts n'ont pas tout à fait leur force normale, la poignée de main manque de pression, les doigts s'étendent lentement et difficilement, les mouvements d'adduction du pouce sont le plus nettement affaiblis. Le volume des muscles n'est

pas diminué. En outre sur le bras droit, la sensibilité tactile et la douleur paraissent légèrement amoindries.

Sans aucun doute, nous avons affaire à une épilepsie du type Bravais Jackson, dont la cause est une irritation de l'écorce rolandique gauche, irritation limitée à la région moyenne des circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante et plus spécialement à la partie inférieure de cette région, puisque les mouvements du pouce sont particulièrement affectés. Quant à la nature de cette irritation, elle pourrait être due à une tuberculose méningée en plaques, ou à un abcès cérébral ou à une leptoméningite syphilitique. L'absence de fièvre, de frissons, de transpiration, d'habitus tuberculeux, de processus purulents dans les cavités osseuses relèguent au second plan l'hypothèse d'abcès ou de tuberculose.

Restent celles de petites tumeurs et de syphilis. Bien que les commémoratifs ni quelques cicatrices ne signalent la préexistence d'une infection syphilitique, c'est à ce dernier diagnostic que nous nous attachons, si ce n'est comme le plus probable, du moins comme le plus facilement accessible à notre thérapeutique. Nous instituons donc un traitement anti-syphilitique, une cure iodurée peut du reste, croit-on, produire une amélioration même dans les cas de néoplasmes communs.

Cependant dès le lendemain, une attaque, d'abord du même genre que les précédentes, se généralise, tous les muscles du corps sont pris de convulsions toniques, puis pendant quatre à cinq minutes de convulsions cloniques ; tant que dure l'attaque, la perte de connaissance est complète et, au réveil, le patient se plaint de violents maux de tête.

Après quatre jours, nouvelle attaque généralisée, suivie

cette fois d'un coma profond avec déviation conjuguée des yeux à gauche. La tête elle-même est déviée à gauche. Les pupilles sont étroites et sans réaction. La respiration est stertoreuse. Les réflexes de toute nature sont abolis, les quatre membres sont en extension et raidis : le pouls est à 48.

Les cinq jours suivants, toutes les réactions cérébrales étant restées absolument nulles, le pouls s'étant progressivement ralenti et la gêne respiratoire ayant augmenté, M. le professeur Roux consent à faire l'ouverture du crâne le 13 février. Cette opération répond vraiment à une indication vitale.

*Opération.* — On extrait une tumeur ovoïde du volume d'un œuf, dure, blanchâtre, à surface mamelonnée qui histologiquement est un endothéliome malin (STILLING).

Les suites de l'opération sont des plus simples et nous avons assisté au retour rapide de l'intelligence et aussi de la motilité dans la moitié du corps gauche.

14 février, lendemain de l'opération. Le malade recommence à avaler des liquides et semble même vouloir s'aider de sa main gauche.

15 février. — La déviation conjuguée n'est plus constante, les réflexes cutanés reparaissent, les dents se desserrent.

17 février. — Les pupilles étroites et immobiles depuis l'opération recouvrent leurs réactions, les yeux pouvant être ramenés volontairement à droite. De sa main gauche, X... saisit une lettre et d'une façon bien évidente s'efforce de la lire.

18 février. — Il est manifeste qu'il comprend ce qu'on lui dit. Il indique les nombres avec sa main gauche.

Après le 26, l'usage de la parole s'est rétabli comme autre-

fois, mais il reste une hémiplégie droite avec parésie de facial inférieur du même côté.

A partir du milieu de mars, des mouvements volontaires faibles se sont montrés dans l'extrémité inférieure droite, et, à cette époque, le réflexe patellaire était exagéré.

Cependant, ainsi que le diagnostic anatomo-pathologique pouvait le faire redouter, des symptômes de récédive se produisirent au mois d'avril. Ce furent d'abord des maux de tête violents, puis de nouvelles attaques épileptiques.

A cette époque, le malade quitte Lausanne. Nous avons appris qu'il a succombé au commencement de juin, au retour de son mal.

### OBSERVATION XXXIII

(MILLS, KEEN et SPILLER. — *J. of mental and nervous Disease*, 1900, p. 244.)

M. S. R..., cinquante-sept ans, jouissait d'une bonne santé jusqu'en 1884, quand il devint très nerveux, émotif et commença à souffrir de maux de tête, principalement à la nuque. Un médecin consulté à cette époque lui dit qu'il avait un début de ramollissement cérébral, diagnostic qui le déprima encore. Il alla en Europe, passant quelques semaines à Kissingen et environ vingt-deux mois à Frankfort-sur-le-Mein, où il vécut d'une vie facile et tranquille et se rétablit presque entièrement, sauf des maux de têtes occasionnels. Il retourna en Amérique et à ses affaires en 1886 et pendant huit ans resta en bonne santé.

En 1894, se promenant dans la rue, il sentit tout à coup

une sensation désagréable dans le bras droit qu'il décrit comme la sensation d'une souris grimpant le long de son bras. Puis, à des intervalles variés, il eut des attaques semblables de paresthésie dans le bras droit qui survenaient brusquement et se dissipaient en quelques instants. Après les attaques, son bras lui paraissait lourd. Durant les attaques, il ne perdit jamais connaissance et n'eut jamais de vertige. A partir de ce moment il fut plus ou moins neurasthénique et hystérique avec périodes de grande dépression. Il souffrit d'une sensation de pression dans la tête localisée à la région fronto-pariétale gauche. Il fut néanmoins capable de vaquer à ses occupations jusqu'en janvier 1899. En 1894 il consulta le professeur Eichorst et d'autres médecins, mais jamais on ne porta le diagnostic de lésion organique du cerveau, sauf l'opinion exprimée en 1884 de ramollissement cérébral, qui, en raison de l'évolution, était évidemment sans grand fondement.

En juin 1899, il nota pour la première fois qu'il se servait difficilement de son membre supérieur droit et une à deux semaines après une faiblesse semblable se produisit à la jambe droite. A partir de ce moment, il vit augmenter peu à peu les difficultés qu'il avait de se servir du bras et de la jambe droits, principalement du bras. Cette difficulté devint extrême au milieu d'août, quoique mon premier examen, pratiqué le 21 août, m'ait montré qu'il y avait plus d'ataxie que de parésie. Il ne souffrait pas de ses membres, mais se plaignait fréquemment d'une sensation de pression dans la région fronto-pariétale gauche. Il avait aussi fréquemment des attaques de caractère hystérique avec grand abattement. Mon premier examen du malade, le 21 août 1899, montra qu'il y a

surtout de l'ataxie du bras droit. La sensation à la douleur, au tact et à la température était diminuée sur le côté droit du corps. La force musculaire était bonne, bien que le malade se plaignît de sensation de lourdeur.

Entre le 21 août et le 25 septembre, je vis le malade trois ou quatre fois. L'ataxie des extrémités augmentait et il se plaignait de douleurs toujours dans la même région. A partir du 25 septembre, je vis le malade presque quotidiennement et parfois deux ou trois fois par jour. J'exprimai alors pour la première fois l'opinion qu'il souffrait probablement d'une tumeur cérébrale à évolution lente.

Des examens fréquents furent pratiqués et il fut vu en consultation par les Drs Dercum et Spiller. On nota à ce moment les points suivants :

Hypoesthésie à douleur, tact et température sur le côté droit du corps.

Diminution du réflexe conjonctival droit.

Légère diminution de l'ouïe, de l'odorat et du goût.

Légère parésie du côté droit.

Réflexes tendineux légèrement exagérés. Pas de clonus. Pas de signe de Babinski.

Pendant l'examen le malade montra de nombreux symptômes hystériques.

Des examens quotidiens sont pratiqués. L'état du malade empire. L'ataxie du bras et de la jambe droites devient de plus en plus marquée et la perte de force de ces membres aboutit à une paralysie complète. Le signe de Babinski peut être obtenu de temps en temps à droite, mais, même quand on obtient de la flexion des orteils, elle est moins nette qu'à

gauche. Les orteils du pied droit sont constamment en flexion sur le métatarse.

Vers le 9 octobre et pendant quelque temps, le malade présente de l'amnésie des noms et des mots. Cette amnésie est très variable et semble influencée par son état émotif. A ce moment il se plaint de quelques troubles de la vision qui ne persistent pas et peuvent être dus à un simple trouble de la réfraction.

A plusieurs reprises, en octobre, il est examiné par le Dr Risley qui constate quelques troubles de la réfraction mais pas de névrite optique. A un examen il sembla avoir de l'hémianopsie droite qui ne put être déterminée à un examen ultérieur.

On constate encore un peu de parésie du côté droit de la face et une légère déviation de la langue vers la droite. Le voile du palais est dévié vers la droite. En octobre et novembre, le pouls du malade est toujours normal.

Le 17 octobre on constate de l'inégalité pupillaire qui ne dure qu'un ou deux jours.

Le côté gauche a été jusqu'à ce moment normal, mais à la fin d'octobre le malade se plaint d'une sensation d'engourdissement dans la main droite, symptôme qui persistera après l'opération.

Peut-être sous l'influence du traitement mercuriel et ioduré, on voit quelque amélioration dans l'usage du bras et de la jambe droits, mais, brusquement, il perd, vers le 1<sup>er</sup> novembre, tout ce qu'il a gagné. La paralysie s'accroît en même temps que l'usage de la parole est diminué. Le 18 novembre il a une légère attaque apoplectiforme dans laquelle il

devient confus et agité et perd la parole pendant près d'une heure sans avoir perdu toute connaissance.

Il est vu en consultation le 19 novembre par les D<sup>rs</sup> Hendrie Lloyd et William Osler. La paralysie du bras et de la jambe droits est presque complète. La face est seulement parésiée. Réflexes exagérés. Signe de Babinski. Muscles atrophiés.

20 novembre. — L'opération pour tumeur cérébrale est décidée.

Elle est pratiquée le 24 novembre par le D<sup>r</sup> Keen, qui trouve un endothéliome de la circonvolution pariétale supérieure.

Après l'opération le malade reprend connaissance et parle mieux. La paralysie, la sensibilité de ce côté est diminuée.

2 décembre, huit jours après l'opération. — Un léger mouvement est perçu dans la jambe gauche. Du côté malade le réflexe rotulien est légèrement exagéré, le réflexe plantaire variable entre la flexion et l'extension de l'orteil. La parole fait des progrès.

11 décembre. — Le malade peut s'asseoir sur une chaise pour un examen que je pratique avec le D<sup>r</sup> Spiller. Il parle librement, quoique avec de légers oublis de mots, surtout des noms propres. Il est capable, avec un peu d'effort, de fléchir la cuisse sur le bassin et de porter le membre paralysé sur la cuisse du côté opposé. Il peut faire des mouvements des orteils. Pas de maux de tête.

Il fait des progrès continus et part avec son fils, du 11 décembre au 3 mars 1900, visiter Gibraltar, Gênes, Naples et Alexandrie. Le 31 décembre il pouvait marcher seul autour de sa chambre. Au mois de février il peut se servir

de son bras pour manger, s'habiller, etc. Il est capable d'écrire avec une plume et de l'encre.

#### OBSERVATION XXXIV

(OTNUF. — *New-York. Neurolog. Soc.*, 3 déc. 1901.)

Début en 1901, par de légères convulsions dans l'épaule et dans la hanche, suivies de faiblesse de la jambe et du bras. Deux mois après, le malade fut examiné et soumis à un vigoureux traitement antisiphilitique.

Un trait particulier avait été une atteinte des abducteurs, des fléchisseurs et des extenseurs de la hanche, tandis que les extenseurs du genou étaient moins touchés et les muscles du pied à peine seulement.

Les convulsions étaient de type jacksonnien. Le cas était remarquable à cause de *l'absence de céphalée* et de sensibilité locale.

Le diagnostic fut fait, surtout d'après l'atteinte des extrémités supérieures des membres, de tumeur située entre les centres de l'épaule et de la hanche, probablement tout à fait près du cortex.

Tumeur volumineuse. Glio-sarcome.

#### OBSERVATION XXXV (Résumée)

(PEL. — *Berliner Klinische Woch.*, 29 janvier 1894.)

Domestique âgée de quarante-six ans, entrée à l'hôpital le 27 juillet 1893. Elle se plaint de faiblesse dans le bras droit,

de difficulté dans la marche et de faiblesse de la mémoire. Ces symptômes ont apparu de façon insidieuse en 1892. On note dans les antécédents la fièvre typhoïde et la variole. La maladie actuelle a débuté par une sensation d'engourdissement dans la main droite avec faiblesse : la parésie s'accroît progressivement et la flexion ainsi que l'extension de la main droite devint impossible. L'affection gagne ensuite l'avant-bras et le bras.

En mai 1893, la cuisse fut prise également et une attaque épileptiforme survint sans perte complète de connaissance. La malade ne sait à quoi attribuer sa maladie : *elle n'a jamais eu ni céphalalgie, ni vertiges, ni comissements.* Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

*Etat actuel.* — Le nerf facial droit est parésié ; les mouvements des yeux sont intacts ; pas de trouble d'accommodation ni de nystagmus, le fond de l'œil ne présente aucune lésion à l'examen ophtalmoscopique ; pas de troubles de sensibilité cutanée ou du sens musculaire. La langue est déviée à droite ; la voix est monotone ; il y a de l'aphasie motrice incomplète et parfois de la paraphasie et de l'ataxie.

Le bras droit est paralysé et légèrement contracturé. Presque tous les muscles de l'extrémité supérieure sont atrophiés de même que les muscles de la ceinture scapulaire ; les réflexes tendineux sont un peu exagérés. La cuisse droite est parésiée ; la malade la traîne ; elle présente un certain degré d'atrophie. La malade ne peut garder l'équilibre les yeux fermés ; le réflexe rotulien du côté droit est exagéré. On constate le phénomène du pied. Les muscles atrophiés et les nerfs réagissent bien à l'électricité.

En septembre 1893, la malade a une attaque épileptiforme

qui fut suivie de plusieurs autres ; l'intelligence et la mémoire diminuèrent. Malgré *l'absence de céphalalgie*, de stase papillaire et de vomissements, l'auteur diagnostique une tumeur corticale située dans les centres dits psycho-moteurs gauches. Le traitement mercuriel ayant été sans résultat, la *trépanation* fut pratiquée, dans la région du centre du bras droit. Après l'ouverture de la dure-mère, on trouve une tumeur du volume et de la forme d'une châtaigne qui adhérerait çà et là aux méninges et déprimait les circonvolutions cérébrales.

La malade est morte peu de temps après l'opération, à la suite d'une syncope.

#### OBSERVATION XXXVI (Résumée)

(SCIAMMANA et POSTEMPSKY. — *Revista mensile di neuropathol. e psichiatria*, 1<sup>er</sup> septembre 1900.)

Histoire d'une femme de trente-huit ans, dont les premiers symptômes morbides consistent en une véritable hallucination tactile (gros rat passant de la commissure labiale droite au zygoma) ; puis il y eut des ictus avec paresthésie du côté droit de la face et du bras droit, aphasie transitoire, convulsions du bras droit et mouvements de rotation de la tête.

A l'examen on note, en fait de troubles moteurs, une certaine difficulté à accomplir des mouvements délicats des doigts de la main droite, légère parésie du facial inférieur et de l'élévateur de la paupière à droite. Troubles sensitifs : légère hyperesthésie tactile, thermique et douloureuse du

membre supérieur droit, surtout de la paume de la main et de la pulpe des doigts.

Ce tableau clinique fut rapporté à une lésion circonscrite exerçant une irritation superficielle sur le tiers moyen de la frontale ascendante et un peu de compression sur le centre du bras et celui de la face.

*Opération.* — Tumeur de la face interne de la dure-mère, grosse comme une noix, logée dans le sillon de Rolando au tiers de sa hauteur. Diagnostic histologique : papillome myxomatode de la dure-mère. Guérison.

## OBSERVATION XXXVII

(ANGLADE. — *Journal de Médecine de Bordeaux*,

7 février 1904.)

M<sup>me</sup> F..., trente ans, entre à l'asile Picon en avril 1901 dans un état d'excitation vive. Elle accuse des hallucinations terrifiantes de la vue, voit des langues de feu, des visions mystiques : voit les saints, le Saint-Esprit.

Le diagnostic d'entrée formulé par M. Régis est : « folie mystique avec hallucinations de la vue et de l'ouïe ».

A l'excitation succède promptement un état de demi-stupeur avec somnolence, puis une amélioration importante survient en juin 1901.

En août, demi-stupeur. A cette date débutent des accidents épileptiformes.

En octobre, la malade est agitée, alternativement excitée ou déprimée ; elle arrive au début d'une tuberculose pulmonaire en janvier 1903. L'exaltation est constante. Les crises

convulsives cessent. *Pas de céphalée ni de vomissements* jusqu'à la mort qui survient par tuberculose pulmonaire en juillet 1903.

*Autopsie.* — Lésions viscérales habituelles de la tuberculose.

*Tumeurs méningées.* — Macroscopiquement : Tumeurs multiples adhérentes à la dure-mère, une volumineuse comme une mandarine déprime l'écorce au niveau de la moitié postérieure de la première frontale et se loge presque entièrement dans la dépression, une grosse comme une noix située à droite vers le bord du cervelet, deux autres grosses comme des noisettes se voient de chaque côté de la faux. Enfin disséminées dans les interstices de la dure-mère un grand nombre de petites tumeurs comme des lentilles.

Microscopiquement : Sarcomes angiolithiques.

### OBSERVATION XXXVIII

(CORNIL. — *Bull. Soc. Anat.*, 1901, p. 563.)

B..., âgée de soixante-dix ans, entre le 24 novembre 1901, dans le service du professeur Cornil.

Cette malade est dans un état de cachexie très accusé, avec misère physiologique : elle est couverte de parasites.

Elle est très cachectique, ses membres inférieurs sont oedématiés. Pas d'albumine, rien au cœur. Tuberculose cavitaires des sommets.

La malade est souffrante depuis dix-huit mois, depuis trois semaines elle est alitée, souffrant de partout, de la tête, des

jambes et des bras, sans localisation bien nette. Pas de troubles de la motilité.

Pendant son séjour à l'hôpital, on constate une agitation assez grande : souvent délire de persécution. Fréquemment nausées, rares vomissements alimentaires. Jamais de convulsions.

Morte le 14 décembre par affaissement graduel.

*Autopsie.* — Tumeur comme petite noix dans centre ovale de l'hémisphère gauche, sous la substance des circonvolutions, au niveau de la pariétale ascendante, d'origine vraisemblablement épendymaire.

#### OBSERVATION XXXIX (Résumée)

(SEAVICK. — *Soc. Med. Tchèque de Prague*, 1893.)

Homme de soixante-cinq ans, jadis très intelligent, devenu nerveux et distrait. Après la mort de sa femme, survenue il y a six mois, il devient en proie à une grande surexcitation, s'imaginant et répétant que son fils avait empoisonné sa femme. Depuis il est atteint du délire de la persécution.

Mort subite.

*Autopsie.* — Psammo-sarcome du cerveau de 6 centimètres sur 7 centimètres sortant de l'épendyme du ventricule latéral gauche et comprenant tous les centres dans l'hémisphère gauche.

OBSERVATION XL (Résumée)

(SEAVICK. — *Ibid.*)

Femme de soixante-dix ans, qui avait joui jusque-là d'une santé parfaite.

Entrée à l'asile pour des troubles psychiques.

Mort subite.

*Autopsie.* — Psammo-sarcome de la grandeur de la paume de la main occupant tout le lobe frontal gauche.

OBSERVATION XLI

(DAMAYE. — *Soc. Anatom.*, mai 1905.)

Malade âgée de dix-sept ans, entrée le 25 mars 1905 dans le service du Dr Toulouse à Villejuif.

*Antécédents personnels.* — Convulsions à dix-huit mois.

Deux poussées d'ophtalmie purulente.

La vue s'affaiblit de jour en jour.

*Etat actuel.* — La malade présente tous les symptômes de débilité mentale : instruction rudimentaire malgré un séjour de dix ans à l'école. Indiscipline.

A quatorze ans, impulsions qui la poussent à casser les objets qu'elle tenait à la main ou qui se trouvaient à sa portée. C'est pour cela qu'elle est internée.

A son entrée à l'asile (octobre 1904), son intelligence était en voie de décroissance. Elle est quelquefois incohérente dans ses discours, elle est paresseuse, indolente, malpro-

pre. Malgré cela elle n'a quitté son métier de cartonnière qu'un mois avant l'entrée à l'asile.

A l'examen physique : légère hémiparésie faciale droite, n'intéressant pas le facial supérieur.

Réflexes forts des deux côtés, pas de clonus, pas de signe de Babinski.

Pas de paralysie ni de troubles de sensibilité.

Pupilles dilatées, égales, réagissant lentement à la lumière.

Cette symptomatologie n'était pas de nature à nous faire soupçonner le substratum anatomique que devait révéler l'autopsie.

Le 1<sup>er</sup> mars, la malade se plaint de faiblesse générale, elle doit s'aliter.

Une cachexie rapide survient, accompagnée d'une constipation opiniâtre.

*Il n'y eut ni vomissements, ni phénomènes convulsifs, la malade ne se plaignit jamais de céphalalgie.* Elle passa dans un état comateux qui persista huit jours et mourut huit jours après.

*Autopsie.* — On trouva une tumeur de 165 grammes, fibro-sarcome né des méninges de la fosse temporale, ayant refoulé peu à peu la scissure sylvienne et le lobe sphénoïdal.

#### OBSERVATION XLII (Résumée)

(GUISEPPE MUGGIA. — *Riforma medica*, 27 mars 1902.)

Il s'agit d'un homme de cinquante-six ans, pellagreuX depuis 1898, tout à fait dément et désorienté depuis 1899,

qui mourut en 1902 sans avoir présenté de symptômes pouvant permettre un diagnostic. Il avait toujours été tranquille et social ; il répondait, mais ne parlait pas spontanément ; *jamais de troubles de la parole, ni de céphalée, ni d'affaiblissement de la vue, ni vertiges, ni vomissements, ni accès convulsifs.*

Depuis quelque temps, il éprouvait une certaine faiblesse des membres inférieurs qui ne l'empêchait pas d'ailleurs de marcher et de monter les escaliers.

Le 13 janvier, ses jambes lui refusèrent leur service. Le lendemain matin il était dans le coma, hémiplegique à gauche, avec déviation conjugquée de la tête et des yeux à gauche, c'est-à-dire du côté qu'on pouvait supposer être le côté sain. Mort dans l'après midi du même jour.

*Autopsie.* — Grosse tumeur de 100 grammes dans la fosse cérébrale antérieure, exactement médiane, comprimant de bas en haut les deux lobes frontaux.

Dans la moitié gauche de la protubérance, il existe un foyer de ramollissement rouge qui va du sillon bulbo-protubérantiel à 6 millimètres du bord supérieur de la protubérance : cette lésion semble expliquer les symptômes terminaux.

\*

#### OBSERVATION XLIII (Résumée)

(KAISER. — *Alleg. Zeit f. Psych.*, 1904, vol. 62.)

Jeune femme chez qui, pendant dix ans, on observa des symptômes typiques de démence précoce suivis d'un degré extrême de démence.

Elle commença alors à avoir des convulsions jacksonniennes.

nes affectant spécialement le côté droit de la face et le bras droit, qui continuèrent à intervalles jusqu'à sa mort qui survint onze mois après.

Un examen ophtalmoscopique avait montré *l'intégrité du fond des yeux*.

A *l'autopsie*, gliome diffus avec hémorragie et ramollissement de presque tout l'hémisphère droit.

#### OBSERVATION XLIV

(OLIVER. — *University med. Magazine*, 1891.)

Hallucinations visuelles. Perte de la vision des couleurs à droite, amaurose à gauche. Hypoesthésie.

Rien à l'ophtalmoscope.

On fait le diagnostic d'*hystérie*.

*Autopsie*. — Tumeur du genou de corps calleux comprimant les nerfs optiques.

#### IV. — TRAITEMENT (1).

##### OBSERVATION XLV (Inédite)

(Recueillie dans le service du D<sup>r</sup> Babinski.)

Emile T..., quarante-deux ans, hôtelier.

Bien portant jusque-là, le malade ressent à partir du 2 septembre 1906 une grande fatigue et des douleurs de tête atroces dans la région temporale. Ces douleurs sont d'abord passagères, puis deviennent continues et le malade entre à l'hôpital de la Pitié le 15 janvier 1907.

*Examen du malade.* — Le malade semble profondément abattu, il se tient la tête dans les mains, tellement ses souffrances sont vives. Il y a dix jours, dit-il, qu'il n'a pu dormir. Il répond avec peine aux questions et l'on nous apprend que sa mémoire a diminué depuis quelque temps.

Il marche un peu comme un homme ivre, se sentant un peu entraîné d'un côté ; pas de troubles de la diadococinésie.

Un peu d'asymétrie buccale.

Pas de modifications des réflexes.

Pas de troubles de la sensibilité.

---

1. Les deux observations ci-dessous sont des exemples des résultats obtenus dans l'amélioration de la céphalée par la ponction lombaire ; nous renvoyons, pour les résultats de la trépanation au rapport de DURET, n'ayant pas de faits personnels à mentionner.

Pas d'augmentation de la résistance au courant galvanique.

L'examen des yeux montre : Vision conservée.

Œil droit : Névrite optique : veines très dilatées et noirâtres, bords flous, papille très congestionnée.

Œil gauche : papille presque normale.

19 janvier. — Ponction lombaire : lymphocytose.

Immédiatement après la ponction et spontanément, le malade déclare que sa douleur a disparu instantanément : « Vous m'avez sauvé la vie », s'écrie-t-il, et lui qui avait été absolument muet depuis son entrée à l'hôpital, absorbé par sa douleur, se met à parler abondamment du soulagement qu'il éprouve

21 janvier. — L'accalmie produite par la ponction lombaire n'a été que passagère : elle a duré environ douze heures. Le malade réclame une ponction qui lui procure un soulagement semblable.

En même temps on institue un traitement mercuriel intensif.

23-28 janvier. — Nouvelles ponctions.

*Examen des yeux.* — (Edème très net des deux papilles : les veines sont très grosses, flexueuses avec une tache blanche à la partie inférieure des papilles.

Il y a donc discordance dans le résultat de la ponction lombaire qui a fait disparaître la céphalée, mais a laissé augmenter l'œdème papillaire.

10 février. — Le malade meurt dans le coma.

Opposition est faite à l'autopsie.

OBSERVATION XLVI

(WIDAL et DIGNE. — Société médicale des Hôpitaux,  
23 octobre 1903.)

Depuis six mois nous suivons dans notre service une malade atteinte de tumeur du cervelet, chez qui la ponction lombaire a toujours amené d'une façon remarquable l'atténuation des phénomènes de compression. Cette femme, âgée de trente-neuf ans, fut prise, au septième mois d'une grossesse, de vertiges survenant aussi bien dans le décubitus horizontal que dans la marche et qui, parfois, amenaient dans la rue la chute immédiate. Au moment de l'accouchement, l'amblyopie apparut et en même temps s'installèrent la céphalée, les vomissements et la constipation, le tout accompagné d'une asthénie musculaire profonde. Deux mois plus tard la malade entra dans nos salles avec une douleur de nuque toujours extrêmement violente, des bourdonnements d'oreilles, des vertiges incessants et une asthénie musculaire si marquée qu'elle était incapable de se tenir debout sans l'aide de deux personnes. La force musculaire était pourtant conservée : hypotonie très nette, tremblement des membres supérieurs. Le signe de Babinski ne peut être cherché, le gros orteil étant en extension permanente.

Cédème papillaire très marqué. Exophtalmie bilatérale et axiale, nystagmus léger et intermittent.

Une première ponction lombaire amène la sédation immédiate de la douleur, fait disparaître les vomissements et atté-

nue le nystagmus et l'asthénie musculaire. Quelques jours plus tard la malade tombe dans un état comateux et une nouvelle ponction la fait sortir rapidement de sa torpeur, après la ponction elle se trouve très bien, sans céphalée et sans vomissement.

Pournous résumer, en l'espace de quatre mois, à différentes reprises, la malade a souffert de nouveau de ces céphalées intolérables avec vomissements ou bien est retombée certains jours inerte dans un véritable état comateux dont la réveil-lait rapidement la ponction lombaire.

L'examen ophtalmoscopique pratiqué au moment d'une crise comateuse avant et après la ponction a montré une diminution nette de la stase papillaire sous l'influence de l'évacuation du liquide céphalo-rachidien.

Le liquide sortant toujours sous forte pression et l'examen cytologique est resté toujours négatif.

Cette femme, qui a été soumise en même temps au traitement mixte ioduré et mercuriel, a subi dans notre service dix-sept ponctions qu'elle réclamait impérieusement chaque fois que les phénomènes de compression se développaient à nouveau ; la quantité de liquide évacué variait de 10 à 30 centimètres cubes.

Depuis deux mois, on n'a plus besoin d'y avoir recours. L'amblyopie persiste ; elle souffre de temps en temps de petites attaques jacksonniennes, de courte durée, mais elle n'a plus présenté ni céphalée, ni vomissements, ni crises comateuses nécessitant l'évacuation de liquide.

## CONCLUSIONS

1° La céphalée est le symptôme le plus commun et le plus fidèle des tumeurs de l'encéphale. Elle est intense, tenace et progressive, elle est généralisée ou localisée ;

2° La céphalée est le plus souvent un symptôme précoce, parfois initiateur d'une tumeur cérébrale. Elle peut survenir à une période très tardive de l'évolution, parfois quelques jours seulement avant la mort ;

3° Enfin elle peut faire défaut durant toute l'évolution de la tumeur. Tantôt il existe d'autres éléments du syndrome des tumeurs et en particulier l'œdème papillaire ; d'autres fois on n'observe que des symptômes de localisation (convulsions, paralysies) ou des troubles psychiques. Les tumeurs peuvent encore être absolument latentes ;

4° Les paralysies dues aux tumeurs peuvent avoir des caractères et une évolution identiques aux autres paralysies organiques.

Elles peuvent prendre un aspect pseudo-hystérique et présenter des difficultés de diagnostic avec l'hystérie.

Les troubles psychiques n'ont aucun caractère spécial aux tumeurs qui sont souvent méconnues, en cas de prédominance de ces symptômes ;

5° La pathogénie de la céphalée est complexe : elle est sous la dépendance de l'hypertension intra-cranienne de la toxi-infection, de l'œdème et de l'irritation.

La résistance de la substance cérébrale à l'irritation est un facteur important dans l'interprétation des cas où la céphalée est absente ;

6° L'absence de céphalée rend le diagnostic de tumeur particulièrement difficile. On recherchera systématiquement les autres symptômes généraux et en premier lieu l'œdème papillaire. Les caractères de la paralysie peuvent donner une indication utile ;

7° Les moyens médicaux sont peu efficaces pour soulager la céphalée ; la ponction lombaire donne un résultat immédiat, mais inconstant : elle n'est que palliative ; la trépanation, décompressive ou curatrice est le traitement de choix.

---

Vu : le Doyen,  
DEBOVE

Vu : le président de la thèse,  
GILBERT BALLET

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris  
LIARD

## BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN STARR. — New-York neurological Society, nov. 1901.  
The journal of mental and Nervous Disease, 1902.
- ANGLADE. — Sarcomatose angiolithique de la dure-mère chez une aliénée. J. de médecine de Bordeaux, 7 février 1904.
- BABINSKI (J.). — Stase papillaire guérie par la trépanation crânienne. Soc. de Neurologie de Paris, 7 février 1901.  
— De la paralysie par compression du faisceau pyramidal sans dégénération secondaire. (Contribution au diagnostic précoce des néoplasmes intracrâniens.) Soc. de Neurologie de Paris, 5 juillet 1906.
- BALL et KRISHABER. — Art. « Tumeurs cérébrales » du Dictionnaire Dechambre.
- BEEVOR et BALLANCE. — Un cas de tumeur sous-corticale traité chirurgicalement. British medical journal, 1895, p. 5.
- BERDEZ. — Un cas de tumeur cérébrale. Revue médicale de la Suisse Romande, novembre 1906.
- BRAULT et LÖEPER. — Trois cas de tumeur cérébrale à forme psycho-paralytique. Archives générales de Médecine, mars 1900.
- BRISSAUD. -- Art. « Tumeurs cérébrales » du Traité de Médecine Bouchard-Brissaud.
- BROWNING. — Une méthode pour soulager la douleur dans les tumeurs cérébrales. The journal of mental and nervous Disease, 1903, p. 677.

- BRULÉ. — Kyste hydatique du cerveau. Bull. Soc. anatomique, 27 mai 1904.
- CESTAN. — Tumeur cérébrale comprimant la zone rolandique gauche : hémiplégie permanente, accès d'épilepsie partielle, intégrité du faisceau pyramidal. Bull. Soc. anatomique, février 1899.
- CHURCH (Archibald). — Les symptômes généraux des tumeurs cérébrales et le diagnostic différentiel. Soc. neurolog. Chicago, 7 mars 1900. J. of mental and nervous disease, 1900, p. 457.
- CORNIL. — Tumeurs du cerveau d'origine épendymaire. Bull. Soc. anatomique, 1901, p. 563.
- DAMAYE. — Sarcome angiolithique du lobe temporal gauche. Bull. Soc. anatomique, mai 1905.
- DEMANGE et SPILLMANN. — Tubercule de la couche optique. Presse médicale, 1899, n° 11, p. 65.
- DEPAGE et MAYER. — Contribution à l'étude des tumeurs de l'encéphale. Congrès français de Chirurgie, 1903.
- DEVIC et GAUTHIER. — Sur un cas de tumeur cérébrale à forme psycho-paralytique. Arch. générales de Médecine, 1900, p. 745.
- DEVIC et PAVIOT. — Cont. à l'étude des tumeurs du corps calieux. Revue de Médecine, 1897.
- DILLER. — Un cas de tumeur cérébrale intéressant la circonvolution pariétale supérieure. The American. Journal of Medical Science, mars 1904.
- DUPRÉ et DEVAUX. — Tumeur cérébrale. Etude histologique et pathogénique. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, mai-juin 1901.
- DURET. — Tumeurs cérébrales. Rapport au Congrès de Chirurgie, 1903.
- FRATINI et RONDANI. — Considérations cliniques sur un cas de tumeur de la couronne rayonnante à début apoplec-

- tiforme. *Gaz. degli ospedale e delle cliniche*, 1905, p. 477.
- GRÈSE. — *American J. of neurol. and Psychiatry*, 1884.
- KAISER. — Démence précoce ou tumeur cérébrale. *Allg. Zeit f. Psych.*, 1904, vol. 62.
- KLIPPEL. — Art. « Tumeurs cérébrales » du *Traité de Médecine* Brouardel et Gilbert.
- KLIPPEL et JARVIS. — Un cas de tumeur cérébrale avec autopsie. *Revue neurologique*, 1901, p. 1027.
- KNAPP. — Endothéliome de la région rolandique. *Boston Soc. of Psychiatry and Neurology*, 18 mai 1905. — *The J. of nervous and mental disease*, décembre 1905.
- JACOBSON et JAMANE. — *Arch. f. Psychiatry*, 1896, f. 1.
- LEVASSORT. — Les troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales. Thèse de Paris, 1903.
- MILLS et FRAZIER. — Note sur la section du nerf trijumeau pour soulager la douleur dans quelques cas de tumeurs cérébrales. *Philadelphia Neurolog. Soc.*, 27 octobre 1903. — *The journal of mental and Nervous Disease*, 1904, p. 41.
- MILLS, KEEN et SPILLER. — Tumeur de la circonvolution pariétale supérieure localisée et extraite par opération. *The journal of mental and Nervous Disease*, 1900, p. 244.
- MIURA. — Deux cas de tumeurs de la couche optique. *Mittheilungen der med. Facult. zu Tokio*, 1898. — Analysé in *Revue neurologique*, 1899, p. 282.
- MUGGIA. — Tumeur de la base du crâne. *Riforma medica*. 27 mars 1902.
- OTNUF. — *New-York Neurolog. Society*, 3 déc. 1901. *The journal of mental and Nervous Disease*, 1902.
- PATRICK. — Un cas de tumeur cérébrale. *The journal of mental and nervous Disease*, 1900, p. 172.
- PEL. — Tumeur cérébrale volumineuse sans céphalalgie avec fond d'œil normal. Extirpation. *Berliner Klinische Woch.*, 29 janvier 1894.

PEYTAVY. — Contribution à l'étude des tumeurs cérébrales (Symptomatologie, diagnostic, traitement.) Thèse. de Paris, 1893.

REICHARDT. — Contribution à l'origine de la pression cérébrale dans les tumeurs du cerveau. Forme particulière d'œdème cérébral qui peut être observé dans ces conditions. Deutsch. Zeitsch. f. Nerven. Band 28 Heft 2-4.

SALERNI. — Paralysie faciale périphérique causée par une tumeur intracrânienne. Riforma medica, 16 septembre 1905.

SCIAMMANA et POSTEMPSKY. — Tumeur cérébrale. Extirpation. Rivista mensile di neuropath. e psichiatria, 1<sup>er</sup> septembre 1900.

SEAVICK. — Deux cas de tumeurs cérébrales. Soc. méd. Tchèque de Prague, 1893. — Revue neurologique, 1893, p. 405.

SYME. — Tumeur de la dure-mère traitée par l'ablation avec succès. Australian med. journal, 1895, p. 60. — Revue neurologique, 1895, p. 475.

THOMA (d'Illenau). — Trois cas de tumeurs cérébrales. Congrès de la Soc. Psych. du Sud-Ouest de l'Allemagne, 1895. — Archives de Neurologie, 1895, p. 403.

VOEGELIN. — Contribution à l'étude des affections du lobe frontal. Allg. Zeits. f. Psychiatry, 3 novembre 1897.

WALTON. — Association neurolog. américaine, mai 1900. The J. of. mental and Nervous Disease, 1900, p. 386.

WEINSENBERG. — Hystérie simulant une tumeur cérébrale. University of Pennsylvania med. Bull., juin 1900.

WEST. — Un cas de tumeur cérébrale. Symptômes initiaux

surtout sensitifs dans le bras et la face. Aggravation soudaine avec perte de l'ouïe du côté de la lésion. Brain, 1895.

WIDAL et DIGNE. — Tumeur du cervelet. Symptômes d'hypertension calmés par les ponctions lombaires souvent répétées. Soc. méd. Hôp. Paris, 23 octobre 1903.

## TABLE DES MATIÈRES

|                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| INTRODUCTION. . . . .                                                   | 9   |
| CHAPITRE PREMIER. — Etude clinique de la céphalée. . . . .              | 11  |
| CHAPITRE II. — Les tumeurs sans céphalée. . . . .                       | 17  |
| CHAPITRE III. — Pathogénie . . . . .                                    | 27  |
| CHAPITRE IV. — Diagnostic. . . . .                                      | 35  |
| CHAPITRE V. — Traitement. . . . .                                       | 43  |
| OBSERVATIONS.                                                           |     |
| § I. — Tumeurs avec céphalée tardive. . . . .                           | 47  |
| § II. — Tumeurs sans céphalée avec autres éléments du syndrome. . . . . | 65  |
| § III. — Tumeurs sans céphalée ni syndrome. . . . .                     | 82  |
| § IV. — Traitement . . . . .                                            | 117 |
| CONCLUSIONS . . . . .                                                   | 121 |
| BIBLIOGRAPHIE . . . . .                                                 | 123 |